

344

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 24 Juillet 1893, à 1 heure.

PAR

Paul MARION

Licencié ès-sciences naturelles

Né à Eaux-Puiseaux (Aube), le 21 septembre 1863.

DE LA RUPTURE

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Président : M. PINARD, professeur.

Juges { MM.
 { TERRIER, professeur.
 { DELBET, VARNIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

344

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 24 Juillet 1893, à 1 heure.

PAR

Paul MARION

Licencié ès-sciences naturelles

Né à Eaux-Puiseaux (Aube), le 21 septembre 1863.

DE LA RUPTURE

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

Président : M. PINARD, professeur.

Juges { MM.
TERRIER, professeur.
DELBET, VARNIER, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	N.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIER.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON FRÈRE ÉMILE MARION

Professeur au Collège Chaptal

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Chevalier de la Légion d'honneur
Membre de l'Académie de Médecine.

AVANT-PROPOS

Arrivés au terme de nos études médicales il nous reste un devoir bien doux à remplir : c'est de remercier publiquement et sincèrement les maîtres qui nous ont guidés dans ces études et qui nous ont appris à les aimer.

Que notre premier et vénéré maître, M. le docteur Luton directeur de l'Ecole de médecine de Reims et professeur de clinique médicale reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude pour les savantes leçons qu'il nous a données.

Nous voulons surtout qu'il sache combien nous avons été touchés et combien nous lui sommes reconnaissants des marques particulières de bienveillance qu'il nous a témoignées, et des conseils affectueux qu'il nous a prodigués pendant les quatre années passées près de lui.

Nous prions également M. le docteur Decès, professeur de clinique externe à l'école de Reims, d'agréer nos remerciements pour le soin qu'il a pris de nous faire profiter de sa science et de son habileté chirurgicales.

Nous tenons également à assurer de notre reconnaissance

tous nos professeurs de Reims pour la science et la bonté avec lesquelles ils nous ont guidés à nos débuts.

Que MM. Lancereaux et Sevestre, dont les belles leçons ont complété nos études dans les hôpitaux, veuillent bien agréer, l'assurance de notre profond respect.

Nos remerciements à M. Ricard, agrégé de la faculté, pour sa bienveillance, et à M. H. Coutagne, chef du laboratoire de médecine légale de la faculté de Lyon, pour l'obligeance qu'il a mise à nous être utile.

Enfin et surtout, nous avons contracté une double reconnaissance envers M. le professeur Pinard pour le haut enseignement qu'il nous a donné à la clinique Baudelocque et l'honneur qu'il nous a fait en daignant accepter la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION.

Dans l'étude de la grossesse extra-utérine, il est un point particulièrement remarquable : c'est l'histoire de la rupture de cette grossesse.

Les accidents qui accompagnent cette rupture se présentent quelquefois avec une soudaineté et une rapidité qui ont bien souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic de la part des médecins même les plus compétents.

C'est justement par suite de ces erreurs que la justice a cru devoir intervenir plusieurs fois à l'occasion de morts survenues au milieu des symptômes les plus imprévus et devenus rapidement fatals.

La scène présentée par les accidents qui accompagnent la rupture ne manque pas de frapper le vulgaire surtout par la manière brusque dont elle se présente. Il en est souvent de même pour le médecin qui, parfois n'ayant jamais vu la malade auparavant, est amené par le tableau clinique qui se déroule sous ses yeux, à penser à toute autre chose qu'à la vraie cause pathologique.

En effet, le plus ordinairement, l'ensemble des symptômes

de rupture rappelle exactement la description d'un empoisonnement aigu, surtout quand la mort survient en quelques heures. D'autres fois, il se joint des signes particuliers du côté des organes génitaux et du bassin et alors le diagnostic d'avortement provoqué paraît certain surtout si la situation sociale de la femme donne lieu à des présomptions morales.

Enfin, la femme morte dans ces circonstances, peut avoir été l'objet de sévices antérieurs et la justice intervenant pour établir le rapport entre les violences et le décès, on trouve à l'autopsie une rupture de grossesse extra-utérine comme cause de la mort. C'est ainsi que le médecin légiste appelé à pratiquer des autopsies judiciaires sous la prévention soit d'empoisonnement, soit d'avortement ou de mort par violences, trouve une rupture de grossesse extra-utérine comme cause de la mort.

Comme notre thèse est écrite au point de vue médico-légal, nous avons cru devoir diviser notre sujet suivant la nature des chefs d'accusation qui ont amené l'expert à reconnaître une rupture de gestation anormale comme origine de la mort dans les autopsies qu'il a pratiquées par autorité de justice.

Dans un premier chapitre nous étudierons les ruptures ayant donné lieu à des préventions d'empoisonnements. Le second chapitre aura trait aux ruptures dont l'ensemble des symptômes aura fait conclure à un avortement provoqué.

En troisième lieu nous parlerons des cas où la femme ayant subi des violences succombe rapidement et où l'ouverture du cadavre révèle une rupture de grossesse anormale. Nous rechercherons également quelle part revient aux violences dans la pathogénie de la rupture.

La dernière partie sera consacrée à effleurer un point de déontologie médicale soulevé par les difficultés du diagnostic et les facilités de rupture, facilités telles que l'accident survient quelquefois sous la main du médecin.

La grossesse extra-utérine étant très rare, surtout en France, il ne nous a pas été donné de publier d'observations inédites où sa rupture ait donné lieu à une intervention médico-légale. Du reste, M. le professeur Brouardel dans sa pratique à la Morgue n'en a rencontré que deux cas déjà publiés et nous savons de source autorisée que M. Lacasagne n'a pas encore eu l'occasion d'en voir dans les nombreuses autopsies qu'il a déjà pratiquées.

L'intervention de la justice deviendra de moins en moins fréquente à mesure que l'on connaîtra mieux cette question de pathologie obstétricale, car le diagnostic se fera plus souvent avant l'examen post-mortem.

HISTORIQUE

Avant les travaux de Regnier de Graaf au ^{xvii}^e siècle, on ignorait la grossesse extra-utérine et partant la valeur des symptômes de sa rupture.

C'est à la suite d'un accident de cette nature qu'a du succomber la belle Gabrielle d'Estrée qu'on avait toujours cru avoir été empoisonnée. « En effet, dit Bernütz, cet attentat n'a jamais été prouvé et si l'on analyse les circonstances consignées dans les mémoires du temps, on est bien plus porté à croire qu'il s'est agi, en réalité, d'une grossesse extra-utérine et que la maîtresse d'Henri IV est morte à la suite d'une rupture de l'utérus.

Après Mauriceau qui a décrit la grossesse extra-utérine et Levret qui l'appelle mauvaise grossesse, les conséquences de la rupture commencent à être mieux connues. Cependant les applications médico-légales de cette gestation anormale discutées vers cette époque ne rentrent nullement dans les faits qui font l'objet de notre thèse, car sur le point de vue médico-légal de la grossesse extra-utérine, Marc (1) s'ex-

(1) Diction. des sciences médicales, vol. 19. Paris, 1817.

prime ainsi : Les applications médico-judiciaires relatives à la grossesse extra-utérine me semblent être très bornées et je ne me rends pas trop compte pourquoi certains auteurs de médecine légale ont attaché une sorte d'importance à la discussion de ce point de doctrine. La grossesse extra-utérine ne se reconnaît le plus souvent qu'après la mort ou qu'après le temps révolu de la grossesse, avant ces époques, elle peut tout au plus être soupçonnée et l'on peut lui appliquer tout ce qui a été dit à la grossesse ordinaire. On n'a pas d'exemple de grossesse extra-utérine terminée par l'accouchement d'un enfant viable. En conséquence, en admettant ce principe absurde qu'une mère puisse être contrainte à subir l'opération césarienne, ce principe ne serait pas applicable à une femme dont la grossesse serait extra-utérine ».

On voit donc bien qu'il n'est absolument pas question de la rupture dans cet article, mais simplement de la gestation ectopique elle-même.

Notre observation la plus ancienne date de 1827 : elle est due à Godefroy et Everard et se rapporte à une autopsie judiciaire pour coups et blessures, puis vient l'observation de Payan en 1845, rupture ayant donné lieu à des soupçons d'avortement.

Pour ce qui a trait aux empoisonnements, la constatation médico-légale de cette sorte d'erreur paraît plus récente. C'est ainsi que dans l'indication des maladies spontanées simulant un empoisonnement, Devergie et Orfila ne parlent pas de cette rupture. Tardieu signale pour ainsi dire le fait à propos de deux autopsies pratiquées en mars et novembre 1852 où il s'agissait de deux jeunes femmes qu'on croyait

mortes empoisonnées et chez qui, à l'ouverture du cadavre, on trouva : « en dehors de toute tentative d'avortement et de conception, de ces singuliers épanchements de sang dans le bassin et de ces tumeurs sanguines développées en arrière de l'utérus. » Cette description répond évidemment à celle des hématoécèles rétro-utérines qui sont presque toujours dues à une rupture de grossesse ectopique.

C'est surtout depuis une vingtaine d'années que les autopsies judiciaires dues à cette rupture et pratiquées sur d'autres soupçons ont été publiées plus exactement. Pany dans son livre (Philadelphie 1875), en cite plusieurs cas empruntés à divers auteurs.

Wilson en Angleterre et Freund de Strasbourg en Allemagne se sont occupés de la question. Mais avant eux Mashka de Prague avait particulièrement attiré l'attention des médecins légistes sur cette similitude de symptômes.

En France M. Coutagne a recueilli plusieurs cas de ce genre concernant l'avortement, dans la partie de son ouvrage qui traite de la rupture de la grossesse interstitielle. M. Brouardel a également cité deux cas en 1882.

C'est surtout le médecin légiste russe Zmidgroski qui s'est le plus occupé de ce point d'intervention judiciaire, et, sous les auspices de M. Brouardel, il a fait en personne une communication sur la rupture de la grossesse extra-utérine à la Société de médecine légale de France le 11 mai 1891.

EMPOISONNEMENT.

Toute maladie, dit Tardieu, dont le début est brusque, dont les symptômes rapidement croissants persistent avec une grande violence, dont la marche est ou paraît être insolite et dont la terminaison est promptement funeste. Toute mort rapide dans des circonstances mal définies peut faire naître et suscite en effet souvent les soupçons d'un empoisonnement.

Or, le plus souvent, dans la rupture de la grossesse extra-utérine, c'est au milieu de la santé la plus parfaite en apparence que surviennent subitement des accidents qui revêtent immédiatement un haut caractère de gravité.

En effet, ces symptômes se présentent en général de la façon suivante :

Une douleur soudaine est extrêmement vive, d'abord localisée, puis irradiée dans tout le ventre, la figure pâle, les extrémités froides, le pouls petit et fréquent, une prostration complète, puis des nausées, des vomissements et du hoquet.

Si on ajoute à cela que parfois les phénomènes intestinaux prennent la première place, avec des douleurs que les ma-

lades prennent pour des coliques, des vomissements, de la diarrhée profuse et même du tenesme ; que la mort subite arrive rarement, mais qu'elle se produit le plus souvent en quelques heures et même en un ou deux jours, que la malade conserve sa lucidité d'esprit jusqu'à la fin ; on aura le tableau de ce qui se passe habituellement dans ces cas et on sera naturellement conduit à chercher toute autre chose qu'une rupture de grossesse extra-utérine.

Quand on voit la malade pour la première fois, pour peu que l'on ne soit pas instruit de la marche de cette grossesse, en présence de ces accidents subits, on est bien embarrassé pour se rendre une notion nette de la situation et la malade meurt souvent avant que l'on ne connaisse le véritable caractère de la maladie et l'on pense à toute autre affection.

La rapidité avec laquelle ont marché les accidents, l'obscurité qui règne sur leur évolution sont bien faites pour éveiller les soupçons d'un empoisonnement et parfois l'autopsie judiciaire a été ordonnée et il est même étonnant, étant donné le nombre assez grand de ces ruptures à symptômes étranges, que le fait ne se soit pas produit plus souvent.

Dans la majorité des cas, la femme ignore qu'elle est enceinte. Elle a bien pu ne pas avoir ses règles pendant un mois, puis se sont montrées des hémorragies atypiques, irrégulières, qu'elle a considérées comme ses règles retardées ; elle a même pu avoir de l'aménorrhée complète sans qu'elle y prenne garde, car dit-on, la grossesse extra-utérine est plus fréquente chez les femmes qui souffrent des organes pelviens et ont déjà eu des poussées de pelvi-péritonite. Tout cela joint à l'absence de développement du ventre (la rupture se pro-

duisant souvent dans les premières semaines) contribue encore à entretenir l'erreur.

Enfin, il n'est pas jusqu'aux conditions sociales de la victime qui ne viennent encore fournir une preuve à l'appui de l'idée d'empoisonnement et c'est ainsi qu'on a pu croire à des empoisonnements accidentels, volontaires et criminels.

Dans certains cas, c'est immédiatement à la suite d'un repas ou de l'absorption de lait ou de bouillon qu'éclatent ces accidents si rapidement fatals et faisant croire qu'on a mêlé du poison aux aliments comme le montrent les observations suivantes :

OBSERVATION I.

(Gray. — *The Lancet*, septembre 1879.)

Apparition soudaine des symptômes après un repas. — Caractère rapidement fatal. — Vomissements incessants. — Diarrhée incoercible (symptôme si rare dans ces cas).

Tout cet ensemble apparaissant chez une jeune femme en parfaite santé était si suspect, que le Coroner ordonna une enquête et l'autopsie.

S. H., âgée de 26 ans, a déjà eu quatre enfants, le dernier il y a 21 mois, et celui-ci a été allaité depuis lors. Son mari croit que, depuis plusieurs mois, ses règles étaient irrégulières. Les 4, 5 et 6 janvier, elle eut des hémorrhagies utérines qu'elle a prises pour ses règles. Dans l'après-midi du 6 janvier, elle ressentit une vive douleur à l'estomac ; mais comme elle était en bonne santé, elle n'en parla presque pas. Le 7 janvier, à huit heures du soir, elle prit un peu de bouillon et à neuf heures elle ressentit une nouvelle douleur à l'estomac : cette douleur fut rapidement sui-

vie de vomissements et de diarrhée qui augmentèrent d'intensité. A onze heures du soir, elle était morte dans le collapsus. On m'avait envoyé chercher, mais elle était déjà morte quand j'arrivai. La cause de la mort ne me paraissant pas établie, je refusai le certificat de décès, et quelques jours après, le Coroner se décida à faire une enquête.

L'autopsie fut faite le 12 janvier : pendant ce temps, la température était restée sèche et glaciale.

Le corps était en bon état, ne portant aucune trace de violence pas plus que les muqueuses.

En ouvrant l'abdomen, un énorme caillot de sang apparut recouvrant le péritoine. Pas d'inflammation.

Les intestins étaient enroulés près de la colonne vertébrale et ne renfermaient que quelques gros vers ronds.

La partie inférieure de l'abdomen et le bassin contenaient deux quarts de sang (1). On trouva l'utérus fortement augmenté de volume ; les ovaires étaient normaux de grandeur et de position. A droite, on trouva une masse apparente de la grosseur d'une noix et située dans le ligament large. Le contenu du bassin fut enlevé et examiné. La tumeur était en relation avec la trompe de Fallope à environ 1 pouce 1/4 de son extrémité frangée. Une soie introduite dans la trompe pénétra facilement, mais fut arrêtée par la tumeur. Cette masse était formée par un caillot de sang sur lequel la paroi de la trompe était tellement tendue, qu'en certains endroits, il était difficile de reconnaître sa structure.

(1) The quart = 1 litre 135.

Malheureusement, avant l'examen, les pièces avaient été conservées dans l'alcool, de sorte qu'en examinant la tumeur, on ne put distinguer le fœtus au milieu du caillot, bien qu'en certains endroits on put reconnaître des villosités. Les veines des parties voisines et du ligament large étaient très développées. Au milieu de la paroi postérieure de la tumeur, on trouva une ouverture du diamètre d'un pois à bords déchiquetés et par lequel le sang s'était répandu dans la cavité abdominale.

En ouvrant l'utérus, on trouva la muqueuse épaissie et une petite quantité de mucus mélangé de sang.

L'orifice des trompes était visible et une soie passa facilement dans la trompe gauche, mais fut arrêtée par la petite masse dans la trompe droite.

Dans l'ovaire droit, on trouva un corps jaune très marqué. Les vaisseaux de l'abdomen étaient normaux. Les autres organes étaient sains; le cerveau ne fut pas examiné.

Ces phénomènes de rupture s'accompagnent parfois de phénomènes tellement particuliers, que l'on a même cru pouvoir affirmer en certaines circonstances la nature du prétendu agent d'intoxication.

Ainsi Zmidgroski rapporte un cas de Wassilief où la malade avait présenté, en plus des accidents dus à la rupture, un ptyalisme tellement accusé que l'on avait diagnostiqué un empoisonnement par le sublimé corrosif. De même Parry (1) cite un fait de Koner où l'exhumation du cadavre

(1) Parry. — Extra utérine Pregnancy. London, 1876,

fut ordonnée pour rechercher l'arsenic qui, croyait-on, avait occasionné la mort.

L'absence de diarrhée qui se rencontre assez fréquemment dans les cas de rupture est loin d'être un signe permettant de rejeter l'idée d'empoisonnement, puisque la constipation est un des signes de l'intoxication par les sels de plomb à haute dose, intoxication où l'on rencontre encore beaucoup d'autres symptômes également communs à la rupture de la grossesse extra-utérine.

Enfin l'observation suivante, due à Grinswold, nous montre que le tableau clinique peut être tel que l'on croit d'abord à une attaque de choléra, puis à un empoisonnement, et que l'autopsie seule peut démontrer l'erreur.

OBSERVATION II.

Grinswold American Journal of Obstetric. 1888.

M. Grinswold fut appelé auprès d'une femme qu'on croyait atteinte de choléra. Cette femme ne croyait pas être enceinte, bien qu'elle fût restée un certain temps sans avoir ses règles. Elle souffrait atrocement dans le ventre et avait une diarrhée et des vomissements abondants. Elle tomba

dans le collapsus et mourut avec tous les signes d'une hémorrhagie interne.

M. Grinswold relata le cas comme un cas d'hémorrhagie interne dû à la rupture d'un anévrysme. Mais certaines circonstances firent admettre un empoisonnement et l'affaire devint judiciaire.

À l'autopsie, on trouva l'abdomen rempli de sang, et un examen plus attentif révéla la présence d'un fœtus indiquant que la femme était enceinte de huit semaines. L'utérus contenait une caduque bien marquée. Le fœtus fut trouvé en dehors de la trompe ; mais en examinant celle-ci, on trouva un kyste qui s'était rompu et d'où l'hémorrhagie était partie. On ne put voir aucun vaisseau sanguin rompu.

En dehors de ces empoisonnements par principes chimiques bien définis, il existe une toute autre classe d'empoisonnements par des aliments avariés ou en état de fermentation avancée donnant lieu à des principes ou à des ptomaines toxiques, et les présomptions d'empoisonnement s'élèveront naturellement quand la mort surviendra à la suite d'un repas où la malade aura absorbé de ces aliments reconnus malsains quand ils sont d'une fraîcheur douteuse.

C'est ainsi qu'Hofmann (1) rapporte qu'une femme mourut peu de temps après avoir mangé du saucisson et après

(1) Hofmann. — Nouveaux éléments de médecine légale, Traduction Lévy. Paris, 1881.

avoir présenté simplement des vertiges et des vomissements. L'autopsie judiciaire montra qu'on avait eu affaire à une grossesse tubaire rompue et à une hématocele, au lieu d'un empoisonnement.

De même, dans l'observation reproduite ci-dessous, on avait cru à une intoxication par de la morue avariée, et là, particulièrement, tout concordait à faire admettre cette hypothèse.

OBSERVATION III.

(*Edinburgh medical Journal*, 1880). — *Wilson*.

La malade, Mme Howard, âgée de 45 ans, tomba gravement malade dans la nuit du 21 mai. M. Johnstone, qui la vit le lendemain matin à 8 heures, apprit que vers minuit elle avait eu tout à coup des vomissements et une diarrhée qui persistèrent toute la nuit. Il trouva la malade avec des douleurs abdominales violentes et une sensibilité du ventre à la moindre pression : le visage très pâle, le pouls faible. La possibilité d'un empoisonnement par les irritants, lui fit demander qu'il avait été le dernier repas de cette femme : elle et son mari avaient pris de la morue à leur souper.

M. Wilson, à son tour, vit la malade à 9 heures, il la trouva exsangue, la peau froide et visqueuse, le pouls impercep-

tible, les battements du cœur à peine sensibles, les facultés mentales très nettes, les pupilles normales, mais la vue obscurcie. Cet état lui suggéra l'idée d'une hémorrhagie interne dont les douleurs abdominales indiquaient le siège. M. Wilson dit :

« L'absence de violences extérieures me fit penser que cette hémorrhagie était peut-être due à la rupture d'une grossesse extra-utérine et la malade m'apprit qu'elle n'avait pas eu ses règles depuis mars et que la semaine précédente elle avait eu des douleurs périodiques semblables à celles de ses couches précédentes. Comme tout ceci tendait à la conclusion de rupture, je pratiquai le toucher vaginal pour voir : 1° s'il n'y avait pas déplacement de l'utérus causé par le développement d'une tumeur en connexion avec la trompe de Fallope; 2° pour m'assurer s'il existait une hémorrhagie utérine. Je trouvai l'utérus en situation normale : pas d'hémorrhagie. Le toucher bimanuel fut impossible à cause de l'exquise sensibilité du ventre et le seul fait enregistré fut une grande douleur en touchant le cul-de-sac postérieur.

Le toucher vaginal ne concluait en rien pour une grossesse extra-utérine, il s'y opposait plutôt : je fus ainsi amené à penser que les intestins étaient le lieu de la lésion initiale et j'attribuai le collapsus et les douleurs de ventre à l'irritation violente de l'intestin, irritation causée soit par une nourriture nuisible, soit par un empoisonnement criminel, d'autant plus que j'appris que son mari, qui avait pris le même repas, présentait les mêmes symptômes, mais atténués. A ce moment, elle avait cessé de vomir et comme il était probable que les matières ingérées étaient éliminées, j'or-

donnai seulement un cataplasme de moutarde et deux pilules d'opium.

A 2 heures de l'après-midi, je la revis, elle n'avait pas eu de retour de vomissements ni de diarrhée, la douleur était diminuée, elle parlait avec plus de facilité, enfin elle paraissait et se sentait mieux, mais la pâleur était la même et le pouls imperceptible. A 5 heures et demie, elle était plus mal et M. Johnstone la visitant, la trouva dans le coma, la respiration à peine sensible : un quart d'heure après elle était morte.

On recueillit les matières vomies et le corps fut transporté au bureau de police.

Autopsie. — Le lendemain matin on fit l'autopsie. Corps très pâle, muqueuses absolument blanches. Les poumons ne s'affaissent pas, ils sont très volumineux et recouvrent entièrement le péricarde. Le cœur présente la caractéristique de la mort par hémorrhagie lente : les deux ventricules contiennent des caillots décolorés s'étendant jusque dans l'aorte. Foie et reins anémiés. L'abdomen contient une grande quantité de sang liquide et le bassin est rempli de sang faiblement coagulé (environ une pinte) qui cache les viscères. En enlevant ce sang, on trouve au milieu un fœtus de 3 pouces de long avec un cordon ombilical rompu à 3 pouces de l'ombilie; l'utérus est légèrement augmenté et sa position est normale.

L'ovaire gauche et la trompe sont normaux. A droite, la portion de la trompe la plus rapprochée de l'utérus est normale sur une longueur de 1 pouce et demi, mais à cet endroit elle disparaît dans une tumeur ovale comme un citron,

dont la paroi ferme et luisante se continue avec celle de la trompe.

Tout le contenu du bassin est enlevé et durci dans l'alcool. L'utérus augmenté de volume mesure 4 pouces de long, 3 de large et 2 d'épaisseur. En l'ouvrant par une incision médiane antérieure, on tombe sur une membrane caduque bien développée. Sur la trompe et l'ovaire gauche, on aperçoit une fausse membrane reliant le bord supérieur de la trompe à l'ovaire. Cet ovaire est normal sans corps jaunes. Le sac tubaire de droite est incisé longitudinalement et montre les parois de la trompe amincies. Ces parois sont déchirées en deux points et à travers les déchirures une masse de caillots fait hernie. Entre ce sac et l'utérus s'étend une membrane délicate pourvue de vaisseaux et ressemblant au péritoine. L'ovaire droit est en rapport avec la paroi postérieure du sac et contient deux corps jaunes.

On peut faire trois remarques.

1° Femme d'une santé parfaite tombe malade à minuit, avec vomissements et diarrhée très violents. A 9 heures du matin elle souffre de douleurs et de sensibilité dans le ventre : pouls imperceptible, peau froide et visqueuse. Esprit net. Mort à 5 heures du soir, dix-sept heures après le début. Avec un tel ensemble de symptômes, l'idée d'un empoisonnement viendra à l'esprit de tous. En plus de cela, deux faits sur lesquels l'expert insistera, à savoir que les accidents surviennent après un repas, et que l'autre personne qui avait assisté au même repas ressentit les mêmes phénomènes, mais atténués.

2° Il y avait absence d'hémorrhagie utérine. Me basant sur ce fait qu'une semblable rupture est généralement ac-

compagnée de métrorrhagies et n'en trouvant pas, j'avais abandonné comme moins probable l'idée obstétrique et j'attribuai les symptômes à une irritation gastrique.

Du reste, le docteur Burnes, dans ses remarques sur la question, insiste sur l'hémorrhagie et dit : « La douleur est constante, l'hémorrhagie ne l'est pas moins, comme je l'ai indiqué à plusieurs reprises dans mes discussions à la Société d'obstétrique. Cela confirme l'analogie avec l'avortement, et ce phénomène est si fréquent qu'on peut le regarder comme indiquant ce qui se passe dans le sac. »

3° Coïncidence entre le symptôme initial (vomissement et diarrhée) et ce que l'autopsie a révélé : la rupture d'une grossesse tubaire. Le vomissement et la diarrhée sont-ils effet de la rupture ou en sont-ils cause ?

Sans aucun doute on s'attendait à ce que tous les symptômes énumérés avant soient le résultat de la rupture (douleur locale, vomissement, pâleur, prostration, pouls imperceptible et mort par collapsus). Mais en plus, il y avait la diarrhée, symptôme qu'on ne regarde pas comme une conséquence nécessaire; d'autre part, le fait significatif du mari qui, ayant pris la même nourriture avait ressenti les mêmes symptômes, indique que probablement le vomissement et la diarrhée furent réellement la cause de la rupture et que les douleurs accidentelles que cette femme avait ressenties la semaine précédente, étaient dues à la distension préliminaire et à la légère déchirure de cette trompe distendue, qui fut finalement rompue dans les efforts de vomissements. »

Il est encore une catégorie de faits qui viennent augmenter les présomptions morales de crime et donner plus de corps aux soupçons suscités par l'étrangeté de cette mort. Ils tiennent surtout à la situation sociale à laquelle appartient la victime de l'accident de rupture. Cette situation est parfois telle que l'on peut facilement croire que l'on a ou bien voulu se venger ou bien se débarrasser par un crime d'une personne gênante et sortir ainsi d'une situation devenue impossible. C'est dans de pareilles circonstances que l'intervention de la justice devient alors toute naturelle, comme le montre les observations suivantes :

OBSERVATION IV.

Maccabruni. — Annali. Universali medicali, 1883.

Une femme de 21 ans, née à Turin, chanteuse et joueuse de guitare, arriva à Pavie au commencement de mai 1882, pour exercer sa profession.

Depuis qu'elle peut se le rappeler, elle a toujours été bien portante ; réglée à l'âge ordinaire, ses règles sont toujours venues régulièrement, elle n'a jamais eu de maladie constitutionnelle. Dans ces dernières années elle eut des troubles abdominaux provoqués probablement par son genre de vie,

En effet, depuis cinq ans, elle vit avec un nommé C., artiste aussi, avec qui elle va de ville en ville donner des concerts dans les endroits publics. Elle boit fréquemment des liqueurs alcooliques, et quoiqu'elle usât et abusât même des plaisirs sexuels, elle ne devint jamais enceinte.

Du 11 au 16 avril se trouvant à Côme, elle eut ses règles comme d'habitude. Dix jours après elle fût obligée de s'aliter à la suite de violentes douleurs de ventre dont elle ne sut à quoi attribuer la cause. Elle parut guérie complètement et se rendit à *Varèse*. Là, au bout de peu de temps, elle fut prise de nouvelles douleurs abdominales et dut s'aliter à nouveau pendant trois jours, du 1^{er} au 3 mai. Pour se remettre elle vint à Pavie, le 7 mai, et elle se logea dans une auberge de la banlieue pour se reposer. Sa santé fut traînante pendant quatre jours, mangeant et buvant modérément. Cependant, il semble que pendant la matinée du 8 mai elle ait pris quelques petits verres de liqueurs. Au huitième jour le sang apparut, elle crut que c'était ses règles. Le 9 mai, vers midi, pendant qu'elle se rendait à la gare pour aller à Turin, elle fut brusquement prise, au milieu de sa marche, de violentes douleurs dans le ventre, de prostration à tel point qu'elle dut retourner à l'auberge et se mettre au lit. Les douleurs augmentant, un pharmacien lui conseilla une potion avec laudanum : cela ne la calma pas ; au contraire, les douleurs augmentèrent et bientôt arrivèrent des vomissements. On demanda un médecin. Je vis cette femme à 7 heures du soir. Elle était bien constituée, robuste, bien nourrie. Le visage était pâle, les lèvres légèrement violacées, elle était anxieuse, le pouls faible et fréquent ; à la main la température était plutôt abaissée,

les pulsations cardiaques fréquentes et faibles, la respiration lente, la langue blanche et saburrale, le ventre légèrement ballonné, sans fluctuation, la percussion donnait un son normal. Vomissements persistants d'une matière muqueuse, blanchâtre et acide. L'abdomen était douloureux à la pression vers les pubis et l'épigastre, mais la douleur n'était pas aussi vive qu'elle l'est d'ordinaire dans la péritonite. Pas de diarrhée, ni d'envies d'aller à la selle, les envies d'uriner étaient fréquentes bien que la percussion indiqua une vessie vide. Des parties génitales s'écoulait un peu de liquide présentant les caractères du sang menstruel et cet écoulement datait du premier jour (au dire de la malade). L'état grave de la malade ne me permit pas une exploration vaginale. Elle se plaignait de soif intense, de crampes dans les cuisses et les jambes, de faiblesses, l'intelligence était nette. A 4 heures du matin les choses avaient empiré; le visage était d'une pâleur de mort, les lèvres, le nez, les doigts étaient cyanosés, le pouls filiforme, fréquent et faible, la peau froide était couverte de sueur. La malade disait que ses douleurs étaient calmées, mais elle se plaignait d'un froid intense aux extrémités et d'une prostration complète, les vomissements continuaient ainsi que l'écoulement de sang; le ventre restait le même. Bien que l'on fit usage d'excitants, la faiblesse augmenta et la malheureuse succomba en pleine connaissance à 6 heures du matin, dix-huit heures après le début des symptômes graves.

Les vomissements l'avaient empêché de conserver les potions administrées. La rareté et l'incertitude des commémoratifs, la tumultuosité des symptômes, la rapidité de la

maladie et la mort subite empêchèrent de poser un diagnostic certain. Tous les symptômes concordaient à placer la lésion dans l'abdomen : mais quelle maladie pouvait donner lieu à un ensemble si violent et à une mort si rapide?

Était-ce la péritonite aiguë? Mais il manquait certains symptômes importants de celle-ci : fièvre, météorisme, douleur exquise du ventre.

La constipation et les vomissements pouvaient plutôt faire croire à un étranglement interne sans péritonite, avec mort provoquée par le collapsus ou l'épuisement nerveux.

Si on considérait l'écoulement sanguin des parties génitales l'idée pouvait survenir qu'une partie en fut versée dans la cavité de Douglas, de là l'idée d'une hématocele rétro-utérine et de péritonite consécutive. Ce fait était probable par les abus génitaux auxquels se livrait la jeune femme. De plus, l'hémorrhagie interne abondante de cause quelconque, présente un cadre clinique semblable à celui décrit plus haut.

Il est vrai qu'il y a d'autres maladies qui présentent une symptomatologie semblable. Mais comme on savait que dans les quatre ou cinq jours précédents la femme avait très peu mangé on excluait l'idée d'indigestion.

La perforation de l'estomac ou de l'intestin aurait été précédée des symptômes des maladies qui peuvent la produire (cancer, ulcère perforant, tubercules, fièvre typhoïde). Les calculs hépatiques ou rénaux auraient donné des douleurs hypogastriques ou lombaires qui se seraient irradiées. En un mot, on pouvait penser à une rupture d'un viscère, mais cette rupture n'était pas admissible, car il n'y

avait aucun signe de maladies ou de traumatismes extérieurs. Il n'y avait pas lieu également de supposer une fièvre algide pernicieuse : la femme arrivant de pays sains et la saison étant encore froide, du reste elle n'avait jamais eu d'accès de fièvre.

On devait plutôt suspecter un empoisonnement et surtout un empoisonnement par l'arsenic, car même en faisant un instant abstraction de tous les signes, il y avait lieu de se douter de la chose à cause de la vie aventureuse de cette femme et de sa situation équivoque. De plus, celui qui se qualifiait d'être son mari se comportait d'une façon étrange, exagérant ses accès de douleur auxquels il faisait succéder des moments de calme et d'indifférence la plus complète.

Les symptômes étaient bien ceux de l'empoisonnement par l'arsenic : on y retrouvait la pâleur du visage, la légère cyanose de la face et des extrémités, le refroidissement général, la douleur épigastrique, la soif vive, les vomissements incessants, les crampes des membres inférieurs, les lipothymies, la prostration des forces, l'anurie. Néanmoins, il manquait la sensation de chaleur, de brûlure et de constriction de la gorge, la diarrhée abondante et involontaire, et (en les mettant de côté comme n'étant pas constants) les vomissements sanguinolents et la céphalée.

En somme, il s'agissait soit d'une péritonite par étranglement interne, d'une hémorrhagie interne, soit d'un empoisonnement aigu par l'arsenic.

Je fis un rapport à l'autorité judiciaire et celle-ci ordonna l'autopsie qui eut lieu 30 heures après la mort.

Autopsie. — (Comme le reste du corps ne présentait

rien d'anormal, nous ne relaterons que l'ouverture de l'abdomen.)

La cavité abdominale est remplie de sang (environ trois litres) liquide dans le ventre, coagulé dans le bassin, de couleur noirâtre, de réaction acide, d'odeur normale. Le tube intestinal est peu distendu par les gaz. La masse des intestins une fois enlevée, on trouve des caillots de sang tout autour de l'utérus, ces caillots se montrent plus compacts à droite où se trouve un corps rond et brunâtre. L'utérus est en position normale. On enlève les organes génitaux. L'utérus se montre légèrement augmenté de volume avec un col lisse et régulier; par l'ouverture du col s'échappe un peu de sang et un bouchon muqueux; la cavité utérine à peine dilatée avec une muqueuse tuméfiée et ramollie contient un peu liquide sanguin. L'ovaire, la trompe et les ligaments gauches sont normaux; l'ovaire droit est augmenté de volume et présente à sa partie antérieure un corps jaune bien distinct et récent. L'ovaire et la trompe sont attirés en bas et la trompe se coude formant un angle droit dont l'ouverture est à un centimètre et demi de l'utérus; le canal de cette trompe est oblitéré près de l'angle. Le corps rond mentionné plus haut, à droite de l'utérus, entre celui-ci et l'ovaire, est situé à la partie postérieure du ligament large, adhérent au pavillon de la trompe et à la paroi postérieure de l'utérus par une pseudo-membrane mince et transparente qui s'étend de toute la face postérieure de l'utérus à l'ovaire droit. Cette tumeur est brune et grosse comme un petit œuf de poule, de la forme d'un rein à grand diamètre vertical et le hile tourné vers l'utérus : sa moitié supérieure pénètre dans le pavillon dont les franges con-

tribuent à la former, sa moitié inférieure est en partie libre, en partie comprise dans la membrane de nouvelle formation. Au toucher cette poche donne la sensation de petits corps solides enfermés dans une cavité pleine de liquide : elle est de nature kystique. Ce kyste vers la partie moyenne de son bord interne, présente deux déchirures irrégulières occupées par des caillots. Ces caillots enlevés, il sort du kyste une sorte de tissu rouge, mou, très vasculaire. Il n'y a plus aucun doute qu'il s'agit d'un sac de grossesse extra-utérine qui par sa situation peut s'appeler tubo-abdominale. Ce kyste mesure cinq centimètres de longueur, trois de large et deux d'épaisseur. A l'intérieur se trouve un embryon de l'âge d'environ deux mois.

OBSERVATION V.

M. Brouardel in thèse de Chayé. Paris 1882.

M. le Commissaire de police du quartier de Neuilly, le 15 août 1880, constatant qu'une dame étrangère, artiste dramatique avait succombé subitement et craignant un empoisonnement fit conduire le corps à la Morgue.

Cette femme, artiste américaine, était la maîtresse d'un

personnage de sang royal et sa mort subite était survenue à la suite de l'absorption d'un verre de lait au bois de Boulogne après une absence de plusieurs mois loin de son protecteur.

Une telle mort dans de pareilles circonstances éveillèrent les soupçons de l'autorité et M. le professeur Brouardel pratiqua l'autopsie.

La cavité abdominale et surtout le petit bassin étaient remplis de sang liquide; autour de l'utérus un caillot sanguin pesant 480 grammes.

La quantité de sang épanchée dans l'abdomen pouvait être évaluée à 2 litres et demi. Les parois de l'utérus n'étaient pas déchirées. A quelques centimètres du corps de l'utérus la trompe gauche présentait une dilatation manifeste de la grosseur d'une demi-noix dont le sommet convexe était le siège d'une petite déchirure mesurant 2 à 3 millimètres.

Cette petite dilatation ampullaire était tapissée intérieurement de villosités analogues à celles qui recouvrent entièrement la cavité utérine. L'ovaire du même côté contenait un corps jaune très volumineux. Vessie normale. Le vagin ne présentait aucune trace de caillots, mais quelques mucosités glaireuses sans mélange de sang.

Conclusion. — Mort causée par une hémorragie consécutive à la rupture d'un kyste foetal développé dans la trompe et datant probablement d'un mois et demi à deux mois. Dans ce cas, la mort étant naturelle, il n'y a pas lieu de procéder à un examen plus approfondi.

OBSERVATION VI.

Albu. — Berliner Klinische Wochenschrift. 1875.

Le 3 juillet 1873, entre 4 et 5 heures du soir, je fus appelé près de Marie M. qui, étant venue voir sa sœur, s'était trouvée subitement indisposée. Elle avait eu des vomissements, de la diarrhée, de violentes douleurs dans le bas-ventre et des faiblesses répétées. Je trouvai une femme bien constituée, mais paraissant anémiée avec une légère teinte ictérique. L'interrogatoire m'apprit que la malade était gaie et bien portante le matin et qu'elle était venue à pied d'une autre partie de la ville. Elle avait été subitement prise de douleurs abdominales comme si elle souffrait d'une obstruction et on lui fait avait prendre une tasse de thé purgatif. Aussitôt qu'elle l'eut prise, elle éprouva des vomissements intenses et eut plusieurs faiblesses.

Elle me raconta d'une voix de cholérique qu'elle attribuait ses douleurs à ce que ses règles n'étaient pas apparues depuis deux mois et aussi à ce qu'elle souffrait souvent de l'estomac. L'examen de l'abdomen révéla une douleur exquise dans tout le ventre, l'utérus était sensible au toucher

de sorte qu'en ce moment un examen plus approfondi fut impossible.

Les matières vomies se composaient du liquide absorbé et des restes du dernier repas. L'ensemble des symptômes indiquait surtout un empoisonnement, et comme la malade qui avait été diaconesse vivait maintenant en concubinage, ceci me confirma dans mes soupçons. Questionnée sur ce point, elle me répondit négativement et sa sœur, qui était mariée, ne put absolument rien dire. J'ordonnai un peu de laudanum. A peine de retour chez moi, je fus appelé de nouveau: elle était mourante. Comme l'empoisonnement paraissait vraisemblable, je refusai le certificat et, à tout hasard, je demandai l'autopsie. Je la fis le 5 juillet avec MM. Langenbeck et Settegart.

La peau du cadavre était pâle et jaunâtre, l'abdomen distendu et tuméfié. A peine le ventre fut-il ouvert, qu'à la suite d'une échappée de gaz puants, jaillit une masse sanglante, spumeuse et liquide. Il devint immédiatement assuré que nous avions affaire à une hémorrhagie interne, chose dont j'avais pris le diagnostic en considération. Après l'écoulement du sang, on trouva l'intestin intact comme on l'avait supposé *a priori*, puisqu'il n'y avait pas de sang ni dans les vomissements, ni dans les selles. Rien au foie, ni aux reins, ni à la rate; quelques calculs dans la vésicule biliaire. Après avoir écarté les intestins, on trouva les ligaments larges et les parties voisines couvertes de caillots de sang, surtout à gauche. On chercha la source de cette hémorrhagie. L'utérus et ses annexes furent enlevés. L'utérus était un peu augmenté de volume et dans sa cavité se trouvait une caduque. Dans la trompe gauche se trouvait

une tumeur de la grosseur d'une noisette avec un trou à bords très nets ; c'était la cause de l'hémorrhagie. La disposition de la matrice, qui visiblement suivait ses fonctions naturelles et simulait une grossesse, permit de diagnostiquer une grossesse tubaire rompue, d'autant plus que dans la trompe on retrouvait des débris de membranes d'œuf.

Ce cas rentre donc dans ceux décrits par Mashka, et où il a attiré l'attention sur des hémorrhagies internes causant la mort soudaine et exigeant des autopsies judiciaires à cause de ces phénomènes particuliers qui éveillent l'idée d'empoisonnement.

Quand on est en face de faits accomplis, que la mort est arrivée, l'autopsie seule peut faire connaître la véritable nature de l'accident. Si le médecin est appelé à temps, il peut, par un examen attentif de tout ce qui s'est passé dans les derniers temps faire un diagnostic exact et ses investigations doivent porter sur plusieurs points :

1° *Etat de la menstruation.* — Il est rare, quoiqu'en ait dit Antoine Petit en 1710, que les règles soient continuées sans aucune modification de temps ou de quantité. Le plus souvent, il y a suppression pendant un mois, puis dans les semaines qui suivent se montrent des hémorrhagies irrégulières, peu ou très abondantes, intermittentes ou continues, accompagnées de douleurs fixes dans le bas-ventre ou irradiées vers les reins ou les cuisses. Au moment de la rupture, il se fait en général un écoulement de sang par le vagin auquel s'ajoute souvent l'expulsion d'une caduque.

La simple inspection de cette membrane, et surtout l'examen microscopique, indiquent sa nature et ce qui se passe plus haut. D'autres fois, il est vrai, la rapidité avec laquelle arrive la mort fait que l'hémorrhagie et la décharge de la caduque n'ont pas le temps de se produire.

Si au moment de la mort l'aménorrhée subsistait depuis deux ou trois mois, c'est encore un signe de grossesse et l'on devra rechercher si cette grossesse est extra ou intra-utérine.

2° *Examen du ventre.* — Il y a dans ce cas une tumeur nette ou tout au moins une tuméfaction plus ou moins diffuse d'un des côtés de l'abdomen. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression.

3° *Toucher vaginal.* — Le toucher fournit des renseignements plus précis. Le col est mou, entr'ouvert et pouvant admettre l'extrémité du doigt; il est appliqué contre la symphise pubienne et dévié d'un côté. Un des culs-de-sac latéraux ou postérieur est effacé par l'hémorrhagie qui s'est produite. Sur l'un des côtés de l'utérus et distinct de lui, on peut sentir une tumeur : c'est le sac foetal cause de tous les accidents. Enfin on peut percevoir tous les signes d'une hématocele rétro-utérine, presque toujours due à une grossesse ectopique.

Cependant si la malade est dans le collapsus et dans l'impossibilité de répondre, les renseignements fournis par l'entourage seront trop vagues pour éclairer le diagnostic, mais par une analyse rigoureuse de l'état où se trouve la malade on peut encore recueillir des indications précieuses.

Ce qui domine surtout ce sont les symptômes d'anémie aiguë : refroidissement des extrémités, abaissement de la température, pouls petit, sueurs froides, qui feront penser à une hémorrhagie interne dont on aura à rechercher la cause. Ces symptômes seront encore augmentés par le shok nerveux dû à l'invasion du sang dans le péritoine.

AVORTEMENT.

A une période plus avancée de la grossesse extra-utérine, quand l'augmentation du sac foetal et partant celle de l'abdomen, l'absence des règles, ne laissent plus à la malade de doutes sur son état, la rupture et les accidents peuvent encore donner lieu à un autre genre d'investigations judiciaires.

En effet, à côté de ces cas où l'on a pu croire à l'empoisonnement de la victime, il s'en trouve d'autres où prédominent les métrorrhagies et qui font penser que l'on se trouve en présence d'un avortement provoqué.

Nous avons parlé plus haut des hémorrhagies qui se montrent au moment de la rupture. Ces hémorrhagies sont plus ou moins abondantes suivant les cas, nulles ou accompagnées de gros caillots. Si au milieu de ces caillots on retrouve une membrane, la caduque utérine détachée en bloc, à un examen superficiel on pourra la prendre pour un œuf expulsé de la matrice et cela avec d'autant plus de raison que les autres symptômes : douleurs considérables dans le ventre, continues ou paroxystiques et réveillées par

l'examen et le mouvement, ventre gonflé et douloureux au niveau des fosses iliaques, coliques et sensations pénibles dans la région lombaire, ressemblent absolument à ceux de l'avortement.

Les signes observés du côté de l'utérus augmentent encore la présomption d'avortement. Le col peut être dévié, rejeté en haut et latéralement mais il est surtout mou, entr'ouvert et admet l'extrémité du doigt indicateur.

Il se montre des vomissements alimentaires puis bilieux, l'intolérance de l'estomac est absolue, la malade a du hoquet, les fonctions intestinales sont troublées, l'expression du visage se modifie et répond au facies péritonéal. En même temps, le pouls devient fréquent, la température s'élève et les femmes meurent en quelques jours.

On croit, en général, dit Parry, qu'elles ont succombé à des phénomènes de péritonite généralisée et cependant l'autopsie a démontré dans le plus grand nombre des cas qu'il n'existait aucune trace d'inflammation. C'est tout simplement du péritonisme par irritation réflexe de la séreuse.

Tout cet ensemble de symptômes ressemble de bien près au tableau clinique de l'avortement et surtout de l'avortement criminel car c'est dans ce cas où des manœuvres maladroites ont été faites par des mains peu soigneuses, que l'on trouve les signes de péritonite.

Ici, il n'en est plus de même que pour les soupçons d'empoisonnement. En général, la femme atteinte sait qu'elle est enceinte et présente depuis quelque temps déjà des signes de grossesse qu'elle croit normale. Souvent aussi ces signes ne sont pas passés inaperçus de son entourage,

malgré les précautions qu'elle a pu quelquefois prendre pour les dissimuler.

OBSERVATION VII.

*Dance. — Analysee dans la thèse de Joseph Simon. —
Strasbourg, 1852 (citée par Coutagne).*

La malade était une femme de 24 ans déjà mère de trois enfants, qui ne se croyait pas enceinte, quoique ses règles n'eussent pas reparu depuis trois mois. Elle fut saisie tout-à-coup d'une violente douleur dans le ventre avec sensation de déchirure et syncope prolongée. Le lendemain à son entrée à l'hôpital, M. Dance l'examina avec beaucoup de soin et crut à une tentative d'avortement. L'état du col le confirma dans cette opinion. La femme expira 24 heures après l'invasion.

A l'autopsie on trouva une grande quantité de sang dans l'abdomen. Le mésentère adhérent à l'utérus était largement déchiré. Au sommet de l'angle tubaire droit et dans la paroi de la matrice se trouvait une ouverture irrégulière laissant voir un embryon dans une cavité séparée par une cloison de celle de la matrice. La trompe droite était devinée et comprimée par le kyste, mais son canal entièrement

libre ne communiquait avec le kyste que par une ouverture très petite produite par l'arrachement du placenta. Le tissu de la matrice était mou, vasculaire, compressible et légèrement rosé

OBSERVATION VIII.

M. Brouardel in thèse de Chayé. Paris 1882.

Le 28 mars 1882, M. Brouardel fit à la Morgue l'autopsie d'une jeune fille de 22 ans, décédée subitement et chez laquelle on croyait à un avortement.

Les seins peu volumineux contenaient du colostrum que l'on faisait sourdre à la pression. La peau de l'abdomen est couverte de vergetures blanches, traces d'une ancienne grossesse.

Dans la cavité péritonéale on trouva un énorme caillot sanguin et environ trois litres de sang liquide. Au centre du caillot se trouvait un fœtus de 3 centimètres de long. La trompe gauche présentait une déchirure à bords irréguliers communiquant avec une poche sur les parois de laquelle était inséré un chorion couvert de villosités. Le péritoine recouvrant l'épanchement était coloré par le sang, mais sans

traces de fausses membranes anciennes ou récentes. Utérus petit : au niveau du col quelques mucosités sanguinolentes : muqueuse intra-utérine couverte de sang. On ne releva aucune trace de violence. Corps jaune dans l'ovaire droit. Le tissu cellulaire situé entre le vagin et le rectum était le siège d'une suffusion sanglante considérable.

Conclusion. — La mort est naturelle et due à la rupture d'une grossesse extra-utérine.

Puis si l'on tient compte de la situation sociale de cette malheureuse, situation irrégulière ou bien telle que cette grossesse lui devienne l'origine de dommages et d'ennuis, on peut supposer, surtout après l'avoir vu dissimuler son état avec tant de soins, qu'à un moment donné elle aura voulu faire disparaître la cause de ses tourments. Si elle meurt au milieu du cortège des symptômes que nous avons indiqués, l'idée d'un avortement viendra naturellement à l'esprit de tous, aussi bien du médecin que de ceux qui auront pu surprendre son secret.

C'est alors que l'autopsie judiciaire, tout en confirmant les soupçons de grossesse, vient anéantir la prévention d'avortement et montrer quelle est la véritable cause de la mort.

C'est le cas de l'observation suivante due à Mashka qui avait déjà auparavant attiré l'attention des médecins légistes sur ces morts dues aux accidents de rupture de la grossesse extra-utérine.

OBSERVATION IX.

*Mashkã. — Wiener Medizinische Wochenschrift. 1885,
n° 45.*

B. S..., entre le 15 février 1885 en qualité de femme de chambre dans une famille très honorable de Prague; elle était en bonne santé et personne ne la soupçonnait d'être enceinte. Le dimanche 22 mars elle sortit immédiatement après le déjeuner sous prétexte de se rendre dans une maison où elle avait habitude d'aller. Elle rentra vers 7 heures du soir et se plaignit à l'autre bonne de ne pas se trouver très bien. Elle prit une cuillerée de cordial et servit néanmoins le repas du soir; ses maîtres ne s'aperçurent de rien.

Le lendemain matin, elle déclara qu'elle s'était trouvée mal toute la nuit et qu'elle n'avait pu dormir par suite de violentes douleurs dans le bas-ventre; elle demanda la permission d'aller se reposer quelques jours chez des amis. Sa camarade lui ayant fait observer qu'elle pouvait fort bien se reposer dans leur chambre commune elle y consentit. Dans la matinée les douleurs de ventre augmentèrent et il survint une légère hémorrhagie par les organes génitaux. Comme son état continuait à s'aggraver on fit venir le

médecin dans l'après midi. Celui-ci après examen déclara que la malade était grosse de quatre mois, mais elle s'en défendit fortement, ajoutant qu'elle avait ses règles en ce moment et que depuis plusieurs jours elle était constipée. Dans ces conditions le médecin crut à une péritonite avec constipation et ordonna de l'huile de ricin à l'intérieur et en lavement, et demanda de faire transporter la malade à l'hôpital, mais celle-ci s'y refusa suppliant qu'on la laissât dans la chambre. L'autre bonne qui couchait dans la même chambre rapporta le lendemain que B. S... s'était plainte toute la nuit et s'était relevée plusieurs fois comme pour aller à la selle. Elle-même s'étant éloignée un instant, trouva la lampe éteinte à son retour et comme elle en demandait la raison la malade répondit qu'elle voulait dormir. Vers 4 heures du matin elle se plaignit du froid, sa camarade se leva, la recouvrit et se recoucha rassurée. En se levant vers 5 heures 1/2 le matin, elle la trouva morte. Après que le cadavre fût visité on le plaça dans la chapelle et l'enterrement devait avoir lieu le 26 mars.

Peu de temps avant l'enterrement, l'amant de la décédée déclara qu'elle devait être morte à la suite d'un avortement, se basant sur ce que, quelques jours auparavant, B. S. lui avait envoyé deux lettres. Dans la première, elle lui disait qu'elle était enceinte et qu'un médecin était prêt à la faire avorter. Son amant l'en dissuada et l'engagea à venir le retrouver. Dans sa seconde lettre, B. S. promettait de ne rien faire et de venir le rejoindre dès qu'elle le pourrait. C'est sur ces entrefaites qu'il apprit sa mort, et immédiatement il se rendit à Prague faire sa déclaration. A la suite

de cette déclaration, l'enterrement fut suspendu et l'autopsie judiciaire ordonnée.

Levée du corps. — Cadavre d'une femme de 29 ans de taille et de constitution moyennes. L'épiderme jaune et pâle s'enlevait par la décomposition. La rigidité cadavérique disparue aux bras existait encore aux membres inférieurs. Aucune altération à la tête : yeux fermés, langue rentrée, légère écoulement sanguin de la bouche et du nez. Au cou, au thorax et à l'abdomen très gonflé aucune trace de violence ainsi qu'aux extrémités. Les grandes lèvres étaient saines, l'hymen déchiré. Un écoulement de sang peu abondant sort de l'utérus un peu augmenté de volume. Seins durs et volumineux. Du sein droit, par pression, on fait sourdre une mince gouttelette de liquide jaune et séreux : rien au sein gauche. Après un nouvel examen du corps, on ne relève aucune trace de violence.

Autopsie. — Rien au cuir chevelu, pas d'épanchement dessous. Les os du crâne sont d'une solidité normale. Le péricrâne est lisse, noir, sale par décomposition. Le sinus longitudinal est vide. La dure mère est molle et lisse. La substance cérébrale est ramollie par la putréfaction, et pas autrement altérée ; les ventricules ne sont pas agrandis. Rien au cervelet.

Rien dans les voies respiratoires supérieures : les deux poumons sont un peu augmentés de volume, légèrement emphysémateux au sommet et congestionnés à la base. Dans le péricarde un peu de sérosité, cœur normal un peu affaissé, valvules fermées et dans les cavités un peu de sang poisseux.

A l'ouverture de l'abdomen un dégagement de gaz infects

se produit et on trouve une grande quantité de sang liquide. Le péritoine viscéral est rempli d'adhérences fibrineuses qui accolent les intestins en masse. Au milieu de la cavité abdominale on trouva libre la tête arrachée d'un fœtus et autour de cette tête le placenta, mais on chercha vainement le reste du corps. L'utérus mesurait 12 centim. de long, 9 de large et ses parois avaient 3 centim. d'épaisseur. Au fond de l'utérus et à droite se trouvait une poche de la grosseur d'une orange située dans l'intérieur de la paroi de l'utérus. Ce sac était déchiré et ses parois avaient 4 millim. d'épaisseur et étaient formées par le tissu utérin; cette poche fut trouvée remplie de caillots et à son intérieur s'ouvrait la trompe droite. A travers la cloison déchiquetée de ce sac on pénétrait dans la cavité de l'utérus dont la muqueuse était détachée et où on trouvait encore des restes de caduque. On ne trouva pas le corps du fœtus ni dans la poche ni dans l'utérus. Aucune trace de violence ne fut relevée ni sur l'utérus ni sur la vulve.

Les recherches macroscopiques et microscopiques firent reconnaître des débris de caduque sur les bords déchiquetés de la poche et dans le col de la matrice, mais on ne put en retrouver sur les autres parois du sac déjà décomposé. Au placenta qui, comme nous l'avons dit, se trouvait libre dans la cavité abdominale étaient attachés les membranes de l'œuf et un bout de cordon de 15 centim. de long. L'ovaire droit avait triplé de volume et l'ovaire gauche était dégénéré en kystes plus ou moins gros.

L'estomac distendu contenait un peu de mucus et sa muqueuse commençait à se putréfier, mais elle n'était pas autrement altérée. De même les intestins, le foie, la rate et

les reins étaient normaux mais ramollis. Dans la vessie un peu d'urine trouble.

La tête fœtale détachée à la première cervicale mesurait 17 centimètres de circonférence et ni sur cette tête ni sur sa section on ne releva la moindre violence.

Le 29 mars, deux jours après, en nettoyant la chambre, on retrouva le corps d'un fœtus séparé de la tête à hauteur de la première vertèbre cervicale et correspondant à la tête trouvée. La longueur du tronc était de 17 centimètres, la hauteur de la tête 5 centimètres. Le poids du tronc était de 80 grammes et la largeur des épaules de 6 centimètres. L'épiderme se détachait, les ouvertures naturelles étaient fermées, sexe masculin, les doigts des mains et des pieds bien distincts, pas d'ongles. A l'abdomen s'insérait un bout de cordon de 50 centimètres visiblement rompu par arrachement. Aucune trace de violence sur tout ce corps.

Conclusions. — De cet examen il résulte que :

1^o B. S., était enceinte d'environ 18 semaines ;

2^o Cette grossesse n'était pas normale, le fœtus n'avait pas pris naissance dans l'utérus, mais dans l'ovaire et de là avait traversé la paroi de l'utérus : c'était ce qu'on nomme une grossesse interstitielle et il s'était formé aux dépens du fond de l'utérus un sac dans lequel l'embryon s'était développé.

3^o Le sac s'est ouvert en même temps que l'utérus se déchirait : il en est résulté une forte hémorrhagie et à la suite une péritonite qui a emporté la malade.

4^o Que cette rupture se soit effectuée d'elle-même ou par une personne ayant introduit un instrument long et pointu on ne peut le certifier. Cependant il faut croire à une rupture

spontanée qui paraît plus vraisemblable. Un avortement criminel n'est pas démontré et n'est même pas vraisemblable, car on aurait remarqué des lésions sur l'utérus ou sur les lèvres.

5° En ce qui concerne la situation du fœtus et du placenta dans l'abdomen, tandis que le reste était expulsé au dehors, on doit en rechercher l'explication dans ce que, après la rupture du sac, le corps pénétra par l'ouverture de la paroi de l'utérus dans la cavité de celui-ci, pendant que la tête demeurait dans le sac. Par suite des contractions utérines le corps du fœtus déjà mort depuis quelques jours et ramolli, tomba dans le vagin et en fut extrait par la femme ou expulsé par les contractions utérines tandis que la tête rompue demeurait dans le sac.

Même après l'autopsie, malgré l'exactitude des renseignements fournis par l'examen *post mortem*, une analyse superficielle et peu rigoureuse de ces constatations ou bien encore une idée préconçue de la part du médecin légiste, peut amener une interprétation inexacte des faits, à ce point que, malgré tout, la suspicion d'avortement provoqué persiste quand même.

C'est surtout dans les cas de rupture de grossesse interstitielle que se rencontrent ces interprétations douteuses, surtout quand ils manquent de précision dans la partie anatomique, comme le fait remarquer M. Coutagne (1), de

(1) H. Coutagne. — Des ruptures utérines pendant la grossesse, et de leurs rapports avec l'avortement criminel. Masson, 1882.

Lyon, dans son ouvrage sur les *Ruptures utérines*, où il a également rapporté l'observation suivante ayant donné lieu à une vive discussion et pour laquelle l'Académie approuva le rapport du troisième expert rejetant l'idée d'avortement.

OBSERVATION X.

Payan. — Gazette médicale de Paris, 1847. — Mémoire sur une observation de grossesse interstitielle. — Cas grave de médecine légale s'y rattachant.

Une fille de 32 ans, déjà mère d'un enfant, parvenue au troisième mois d'une grossesse. Un soir à la suite de violentes fatigues elle est prise de vives douleurs dans la région hypogastrique, de soif ardente, extrême lassitude et se met au lit. Une application de sangsues n'amène pas d'amélioration. Elle pâlit graduellement; son pouls s'affaiblit, sa voix s'obscurcit, syncopes fréquentes. Elle succombe à deux heures du matin.

Cette mort et d'autres circonstances éveillent l'idée d'avortement et l'autopsie est faite par ordre de justice. Une grande quantité de sang mêlée de caillots et de sérosité se trouve dans l'abdomen, recouvrant la partie supérieure de la matrice. Sur ce viscère on remarque une proéminence

présentant une grande paroi diaphane au travers de laquelle on aperçoit un embryon.

Le vagin présente à son orifice vulvaire quelques traces brunâtres mais qui ne présentent pas l'aspect de lésions récentes. Le museau de tanche ainsi que le col est assez dilatable pour permettre l'introduction d'un doigt. A la surface interne du col se trouvent quelques plaques d'un rouge brun sans déchirures. Utérus aussi développé qu'au troisième mois de la grossesse : cavité spacieuse en rapport avec le développement de l'organe, il ne contient pas d'œuf mais la cavité est tapissée d'une fausse membrane incomplètement développée, sorte d'enduit muqueux velouté qui la remplit entièrement. Pas une goutte de sang dans l'utérus. Au-dessus de la cavité de cet utérus on en trouve une autre située vers le fond et à gauche dans le voisinage de l'extrémité de la trompe. On n'a pu s'assurer si la trompe pénétrait dans cette cavité. Cette poche ne semblait pas communiquer avec la cavité utérine : elle en était séparée par une mince cloison que le scalpel avait ouvert en un point durant l'autopsie. Cette seconde cavité (cavité interstitielle) était formée aux dépens du bas-fond de la matrice, dont le tissu pour en former la paroi s'était tellement aminci qu'il était translucide dans une certaine étendue, permettant de voir l'embryon. Dans cette poche se trouvait un fœtus de trois mois, de sexe masculin, sans aucune lésion, avec un cordon s'implantant sur un placenta greffé en haut et en arrière. La poche avait le volume d'un petit œuf de dinde. Quoique l'hémorrhagie survenue dans la cavité péritonéale (hémorrhagie expliquée par la rupture du kyste) expliquât la mort, deux experts prétendirent qu'un instru-

ment pointu aurait été poussé à travers le col perforant le fond de la matrice. Puis l'utérus se serait contracté et ce que M. Payan regardait comm le kyste foetal n'eut été que l'œuf humain collé à la partie supérieure de l'utérus par les caillots de sang. La rougeur du vagin et du col, la dilatabilité du col étaient des circonstances invoquées à cette manière de voir.

M. Payan soutint l'idée de grossesse interstitielle et les magistrats furent de cet avis puisque l'affaire n'eut pas de suites. Il dit : « L'hypothèse d'une perforation par laquelle l'œuf se serait échappé est insoutenable parce que :

1° L'œuf emplissant entièrement la cavité utérine, il est impossible que l'instrument soit allé perforer le fond de l'utérus sans produire la moindre dilacération de l'œuf.

2° Une déchirure mécanique eût donné une solution de continuité à bords déchiquetés, saignants encore et l'on ne trouve qu'une section bien régulière produite par le scalpel et l'on ne trouve le sang qu'en dehors de la matrice.

3° Dans une perforation l'œuf fut passé immédiatement dans la cavité abdominale et l'on n'eût pas trouvé une poche régulière pour le contenir.

4° Pour que l'œuf eût pu passer dans la cavité péritonéale il eut fallu un décollement préalable du placenta et ce décollement eût été accompagné d'une hémorrhagie externe considérable comme dans un avortement et la cavité utérine n'en présentait pas trace.

Enfin, il est bien possible que la femme ignorant la situation anormale de sa grossesse, cherche quand même à se

faire avorter dans le cours d'une grossesse extra-utérine et en Autriche ce dernier cas a donné lieu à une discussion juridique intéressante que nous croyons devoir rapporter;

OBSERVATION XI.

Paltauf. — Archives für Gynækologie, 1887, t. XXX.

A. M., âgée de 28 ans, fut autopsiée judiciairement en juillet 1886. Elle avait été toujours bien réglée, mais les règles n'arrivèrent pas fin juin et elle attribua ce retard à une grossesse. Comme cet état était incompatible avec sa position sociale elle s'entendit avec une sage-femme pour se faire avorter.

Comme elle l'avait avoué à son lit de mort, l'opération fut pratiquée le 1^{er} juillet, ce que confirma la sage-femme dans son interrogatoire. Cette dernière avoua s'être servi d'une sonde en caoutchouc à mandrin de cuivre pour pratiquer des injections dans l'utérus; du reste l'instrument fut retrouvé dans la visite domiciliaire.

Pendant les injections A. M. ressentit de violentes douleurs dans le ventre et peu après elle perdit un peu de sang. Les jours suivants elle eut des douleurs persistantes dans le bas-ventre et de la fièvre; elle passa les 2 semaines qui

suivirent dans son lit avec des alternatives de bien et de mal. Les médecins qui la soignèrent avaient diagnostiqué une paramétrite avec péritonite. Huit jours après les premiers symptômes de maladie on avait senti au toucher une résistance croissante dans le cul-de-sac postérieur, résistance non douloureuse.

La semaine suivante les forces diminuèrent, la diarrhée survint et elle mourut le 26 juillet après avoir longtemps gardé son secret qu'elle ne révéla qu'au moment de la mort.

Autopsie. — Adomen : Vessie contractée à muqueuse jaunâtre, contenant un peu d'urine trouble. On remarque les caroncules à l'entrée du vagin; la commissure postérieure est lisse, le vagin large, violacé, les replis sont effacés, mais il n'y a aucune trace de lésion. L'utérus est englobé en une masse commune avec les organes voisins. Il est long de 10 centimètres; sa largeur du fond est de 5 centimètres ainsi que son épaisseur. Il est mou, sa muqueuse est épaissie et enflammée, friable, tomenteuse, riche en vaisseaux, sans aucune lésion spéciale. Sur le col se trouve une cicatrice de deux ^{mm}, qui paraît due à un œuf de Naboth, mais qui au début avait laissé supposer tout autre chose.

La trompe gauche, qui vers l'utérus a un diamètre de 4^{mm}, acquiert un diamètre de 2 centimètres à moitié de sa longueur. Cette dilatation est formée de dilatations secondaires ampullaires situées à sa surface et séparées par des cloisons la trompe ensuite augmente de volume ainsi que le nombre des ampoules. La trompe est reliée par du tissu conjonctif dans toute sa longueur à la face postérieure de l'utérus. Cette dilatation de la trompe montre à sa partie moyenne une ouverture ronde très régulière de 1 centim. 1/2,

A la partie inférieure de cette ouverture se trouvent des franges qui remontent au-dessus d'elle comme un pont et tapissent le fond de la cavité. La muqueuse de la trompe est tantôt lisse, tantôt crevassée. A l'intérieur de la tumeur se trouvent deux masses teintées de sang. A travers l'ouverture de la trompe gauche on arrive dans une cavité qui remplit à peu près tout le bassin. Elle a 8 centimètres de long, 4 de large et 5 d'épaisseur. Ce kyste a une forme ovulaire à pointe dirigée en dehors. En ouvrant ce kyste, on trouve un énorme caillot de sang et au milieu du caillot se trouve un œuf contenant un embryon de 18 millimètres.

A droite on trouve la même dégénérescence kystique de la trompe et de l'ovaire.

La transformation kystique des organes est bien antérieure à la formation de l'embryon qui est âgé de 45 à 48 jours. Il n'y a aucun rapport entre les kystes et la grossesse.

Cette transformation double des deux côtés peut être considérée comme un kyste tubo-ovarien double avec conservation des fonctions de l'ovaire.

Outre les signes de paramérite et de péritonite manifestes, on trouve sur la trompe gauche dégénérée une tumeur de la grosseur d'une noix présentant les apparences d'une grossesse tubaire avec ouverture à sa partie postérieure et externe.

Conclusions. — 1° A. M., qui a souffert d'une péritonite est morte de septicémie (tous les caractères d'empoisonnement du sang ayant été retrouvés à l'autopsie).

2° Elle serait grosse de deux mois, l'œuf ne se serait

pas développé dans l'utérus mais dans un kyste tubo-ovarien.

3° L'œuf aurait été porté vivant jusqu'au moment de la mort de la mère, ainsi que l'a fait prévoir sa structure.

4° L'œuf n'est en rien cause de la mort de la mère; cette cause doit être recherchée dans l'intervention venue du dehors, intervention mécanique de la part de la sage-femme et établie par les révélations.

5° Le degré de péritonite est en rapport avec la durée de la maladie.

6° L'accouchement n'aurait pu se faire naturellement, ni avec les *interventions ordinaires*; néanmoins la mort de la mère n'aurait pas été nécessairement fatale.

7° L'intervention de la sage-femme aurait pu arrêter une grossesse normale.

La sage-femme ne fut pas condamnée pour avortement, mais pour homicide par imprudence.

Il fut donc bien reconnu qu'il y avait eu manœuvres abortives mais l'avortement n'avait pas été effectué et la femme était morte d'une toute autre maladie, contractée il est vrai à l'occasion de ces tentatives.

La justice, se basant sur le rapport médico-légal, condamna la sage-femme seulement pour homicide par imprudence et non pour avortement provoqué.

D'après les conclusions du rapport il y avait eu simplement blessure de l'utérus ayant occasionné la mort mais on n'avait pas trouvé trace d'avortement puisque le kyste foetal était intact, non rompu, et que l'embryon n'ayant

nullement souffert semblait avoir vécu jusqu'au moment de la mort de la mère. Il y avait bien eu préméditation d'avortement, mais cette préméditation n'avait pas été suivie d'exécution par suite de circonstances indépendantes de la volonté de son auteur. La tentative d'avortement était manifeste, mais le jury autrichien écarta ce chef d'accusation d'après les conclusions de l'expert parce que, disait celui-ci dans la circonstance présente il ne pourrait y avoir avortement au sens propre du mot, puisque l'utérus étant absolument vide l'expulsion d'un fœtus était impossible.

Si nous comparons ce verdict avec la définition médico-légale de l'avortement criminel en France : « Expulsion ou tentative d'expulsion prématurée et violente du produit de conception, que celui-ci soit viable ou non viable, mort ou vivant », il est probable qu'il n'eût pas été admis chez nous où le code punit même la simple tentative.

D'un autre côté, le médecin autrichien se fondant sur la vacuité de l'utérus pour affirmer qu'il ne pouvait y avoir expulsion d'un fœtus, me paraît avoir avancé une opinion au moins douteuse. En effet cette idée n'est pas justifiée d'ailleurs, car il peut y avoir expulsion du fœtus en dehors des voies naturelles comme nous le verrons plus loin dans plusieurs observations où le simple cathéterisme de l'utérus absolument vide a suffi pour amener la rupture du kyste et l'expulsion de l'embryon dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire du ligament large ou même dans le rectum. Au sens strict du mot, il y avait donc bien dans ce cas tentative d'avortement criminel ; les conditions en étaient parfaitement remplies puisque le siège de la gros-

sesse n'est nullement indiqué dans la définition médico-légale française de l'avortement criminel.

Il nous semble également que dans un cas semblable le médecin légiste devrait attirer l'attention du jury sur un point important pouvant amener l'admission de circonstances atténuantes. C'est que la femme atteinte de grossesse extra-utérine ne donne presque jamais naissance à un enfant vivant et encore grâce à une importante intervention chirurgicale. Bien rares en effet sont les observations (une trentaine environ dans la littérature médicale) où l'on a pu extraire un enfant vivant. Et de plus, un des moyens thérapeutiques employés dans la grossesse extra-utérine consiste à tuer le fœtus.

TRAUMATISMES ET RUPTURE.

Il est un point qui domine l'histoire de la grossesse extra-utérine, c'est la facilité avec laquelle se produit la rupture pendant les premiers mois et surtout entre la quatrième et la douzième semaine.

Cette rupture est quelquefois spontanée, mais le plus souvent elle se produit à la suite d'un acte quelconque, parfois des plus insignifiants, comme un mouvement un peu brusque.

Dans une observation de Filliter citée par Parry, la malade était morte subitement dans son lit aux côtés de son mari. Zmidgroski rapporte le fait d'une dame qui provoqua la rupture de sa grossesse anormale par l'effort qu'elle fit en suspendant sa robe dans une armoire. Dans l'observation de Wilson nous avons vu que cet auteur attribue, comme cause de la rupture, une grande part aux efforts de vomissements. Boivin et Dugès, toujours d'après Parry, signalent une rupture survenue *sub coïtu*.

Dans les trois observations suivantes empruntées à divers auteurs, nous trouvons successivement comme cause de la

rupture, la marche, les efforts de défécation et une légère chute sur les pieds.

OBSERVATION XII.

Barton. — Transactions. Obstétrical Society. — London, 1882, t. XXII.

M. Godson présente pour M. Kington Barton les pièces anatomiques d'une femme de 30 ans, morte d'hémorrhagie interne. Elle était mariée depuis deux mois. Réglée régulièrement, la menstruation avait commencé quatre jours avant sa mort. Un jour qu'elle marchait, elle ressentit une douleur aiguë dans la région illiaque gauche et fut sur le point de s'évanouir. La douleur revint trois jours après tandis qu'elle avait encore ses règles. Le collapsus et les signes généraux d'une hémorrhagie interne se manifestèrent alors et elle mourut à midi.

L'autopsie montra la cavité abdominale pleine de sang et le bassin rempli de gros caillots. On trouva la trompe gauche distendue comme une petite noix en un endroit. Sur la partie antérieure de cette petite tumeur se voyait une déchirure irrégulière et dans sa cavité se trouvaient des caillots de sang organisés. On ne put découvrir la moindre

trace d'œuf et l'utérus ne contenait aucune caduque. Dans l'ovaire droit se trouvait un corps jaune bien marqué.

M. Barton avait envoyé cette pièce comme un système de grossesse tubaire avec rupture. Mais M. Godson n'a pu relever aucune marque ni symptôme de grossesse; en même temps il ne lui a pas été possible d'expliquer d'aucune autre façon la distension de la trompe dont les deux extrémités étaient ouvertes et libres. Si la mort n'était pas survenue le sang se serait enkysté formant une large hématocele.

OBSERVATION XIII.

Lowe.—*British medical Journal*, 1878, vol. 1. — *Gestation tubaire et rupture.*

Le 6 décembre 1879, je fus appelé auprès de la femme d'un mécanicien, âgée de 33 ans, mère de trois enfants dont le plus jeune avait 16 mois. Je la vis vers 5 heures du soir dans un état d'affaissement complet, mais elle put répondre à mes questions. Elle se plaignait de coliques qui avaient été plus violentes auparavant. L'abdomen était peu douloureux à la pression.

A midi elle se trouvait fort bien, à ce moment elle se rendit aux cabinets où pendant la défécation elle fut saisie d'une douleur angoissante à la partie inférieure de l'abdomen et elle s'évanouit. Au bout d'un instant elle revint à elle et rentra dans sa cuisine où on la trouva affaissée. Elle souffrait de violents paroxysmes de douleurs abdominales se répétant à intervalles rapprochés et accompagnés de malaises.

J'ordonnai des stimulants et de l'opium. A 8 heures du soir la malade mourait sans s'être trouvée mieux.

Comme elle avait eu ses règles cinq semaines auparavant personne ne la soupçonnait d'être grosse. A l'autopsie on trouva trois quarts de sang dans l'abdomen et d'énormes caillots dans le bassin. L'utérus en rétroversion était augmenté de volume, ses parois hypertrophiées ; il contenait un peu de mucus mais pas trace de caduque. A un pouce environ de l'utérus, la trompe droite était dilatée en une masse ronde et polie de la grosseur d'une noix, d'apparence congestionnée et à sa partie supérieure se trouvait deux orifices à bords déchirés d'où s'échappait du sang quand on pressait cette masse. En incisant cette tumeur on trouva un embryon de 4 à 5 semaines flottant au milieu du liquide amniotique. La paroi antérieure de la tumeur était épaissie et l'embryon était fixé à la paroi postérieure de la trompe. L'ovaire droit ne contenait aucun corps jaune mais on voyait à sa surface un kyste contenant un liquide clair. L'ovaire gauche plus volumineux renfermait un corps jaune.

Freund rapporte un cas semblable de rupture arrivée

pendant la défécation dans l'*Edinburgh medical journal* de 1883, vol. 2.

OBSERVATION XIV.

Gaillard Thomas. — New-York medical Journal, 1884.

Je fus appelé en consultation par le docteur Ferdinand Beach. La malade n'avait pas vu ses règles depuis trois mois. Un jour, comme elle voulait monter dans l'omnibus, le cocher fouetta ses chevaux et elle retomba sur les pieds. Elle ressentit aussitôt une violente douleur dans le ventre, mais elle put néanmoins rentrer chez elle où elle se mit au lit. Je la vis six semaines après et je la trouvai complètement amaigrie, le pouls au-dessus de 120 pulsations. On la croyait atteinte de phtisie ou de diabète arrivé au dernier degré. Le Dr Beach et moi nous jugeâmes le cas de nature foétale. La malade avait des vomissements incessants, des douleurs abdominales répétées; la chose arrivait trois mois après la cessation des règles et six semaines après l'accident. Le diagnostic ne pouvait être certain et M. Beach pensait à une hématoçèle ou plutôt à des hématoçèles répétées à cause de la pâleur de cette femme. L'hématoçèle

pouvant être due à une grossesse extra-utérine, la malade fut endormie et ponctionnée, On retira un liquide présentant tous les caractères du liquide amniotique mais la malade souffrit davantage et mourut le lendemain. A l'autopsie on trouva dans l'abdomen un fœtus de trois mois et l'utérus absolument recouvert de sang : c'était une grossesse abdominale de trois mois.

Mais parfois c'est à la suite de coups et blessures que surviennent ces accidents terribles qui se terminent par la mort et la justice intervient alors croyant que cette mort soudaine est la conséquence de violences bien plus considérables. Nous possédons en France deux observations d'autopsies judiciaires sur ce point, bien caractéristiques puisque les victimes étaient deux malheureuses femmes souvent l'objet de violences de la part de leur mari et chez qui outre la rupture, cause de la mort, on ne releva aucune trace de coups et de blessures sur le cadavre. Ces observations sont du reste très concluantes puisque ce sont deux rapports médico-légaux.

OBSERVATION XV.

Louis Penard. — Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1872, t. XXXVIII.

Le sieur M. maltraitait habituellement sa femme. Le

17 mars 1864, celle-ci succombe en accusant son mari de lui avoir donné la mort par ses violences.

Le même jour deux médecins se rendent à Cabrol, près Ledacque, canton de Requista (Aveyron), pour constater si la mort de la femme M., âgée de 42 ans, n'était pas le résultat de coups ou de mauvais traitements.

Les experts ne trouvent pas la moindre trace de coups ou blessures sur aucune partie du corps. La face présente une teinte ictérique très prononcée, le ventre est ballonné, rempli de gaz et de sérosité, la jambe gauche est un peu enflée. Tous ces signes, disent-ils dans leur rapport, nous montrent clairement que la mort est survenue à la suite d'une inflammation des organes enfermés dans l'abdomen. Nous n'avons pas même cru devoir faire l'ouverture du cadavre tant sont évidents et certains les signes extérieurs.

Nous n'avons pas dû nous arrêter à l'idée d'un empoisonnement car cette femme est restée malade pendant une vingtaine de jours et les poisons agissent promptement en occasionnant des symptômes bien différents de ceux qu'elle a présentés.

Il résulte de notre rapport que la mort de cette femme est due à une maladie naturelle.

J'ai cru important de rapporter textuellement les termes du rapport, mais je m'abstiendrai de porter le moindre jugement à ce sujet.

Le juge de paix du canton de Valence, arrondissement d'Albi, ne se trouve pas suffisamment édifié par le présent rapport et le 26 mars il appelle devant lui un docteur en médecine qui a donné des soins à la femme M.

Je cite textuellement sa déposition :

Le 22 février, dit-il, je fus appelé par M. pour visiter sa femme. Je la trouvai couchée dans son lit. Le ventre était tendu et douloureux; le pouls était régulier, fréquent et un peu faible, la figure exprimait l'anxiété. La malade n'avait pas eu de garde-robes, j'ordonnai un purgatif. Quelques jours après je revis la femme M., elle était levée, avait évacué par l'action du purgatif et elle me dit que le ventre lui faisait moins mal.

Le 28 février je fus de nouveau appelé par le mari. Le ventre était plus tendu et plus douloureux, pas d'évacuations alvines depuis le purgatif; j'en prescrivis un second.

Je la revis les 1^{er}, 4 et 6 mars, les douleurs continuaient et pour la première fois la malade se plaignit de ne pouvoir uriner. Je l'examinai avec plus de soin et je découvris à l'extrémité du vagin une tumeur s'étendant depuis le pubis jusqu'au sacrum et qui me parut fluctuante. Il me fut impossible d'introduire une sonde dans la vessie. Je me serais décidé à faire tout de suite une ponction dans la tumeur si j'avais eu un trocart. Je dus renvoyer l'opération à un autre jour. Je revis la malade le 10 mars et je fis la ponction dans le vagin. Il ne s'écoula par la canule du trocart que quelques cuillerées de sang noir et épais, cependant la malade fut immédiatement soulagée et elle put uriner sans être sondée.

Je la revis le 16 mars et je la trouvai dans un état désespéré. Je pense que la femme M. est morte d'une tumeur qui s'était formée dans le bassin; je n'ai remarqué sur son corps, ni rougeur ni ecchymose ni contusions. Sur le bruit d'un crime, l'exhumation de la femme M. fut ordonnée et trois docteurs en médecine procèdent à l'autopsie à la date du

28 mai. La necropsie donna les résultats principaux suivants :

I. — La cavité péritonéale renferme une certaine quantité de liquide séro-albumineux ; la portion de cet organe qui tapisse les parties supérieures de la vessie et de l'utérus, la partie antérieure du rectum et du cœcum est friable, injectée et le tissu cellulaire environnant est le siège d'une infiltration sanguine.

II. — Entre la vessie, l'utérus et le rectum et principalement du côté gauche, nous constatons une tumeur sans ouverture, fluctuante, ovoïde, adhérente aux organes voisins et recouverte à sa partie supérieure par une portion de péritoine qui offre les caractères évidents d'une inflammation ; cette tumeur contient environ 500 grammes d'un sang noir épais et en partie coagulé ; nous la vidons et parmi les caillots nous découvrons un fœtus de deux mois et demi environ et une membrane qui devait lui servir d'enveloppe. A ces signes nous reconnaissons une grossesse extra-utérine sous-péritonéo-pelvienne.

Au point de vue médico-légal il y aurait à examiner si l'hématocèle est le résultat des violences dont se plaignait la femme M. et qui au rapport des experts n'ont pas laissé trace de violences, ce qui a fait rendre au sujet de M. une ordonnance de non lieu.

Dans le cas suivant comme dans le précédent la femme était souvent l'objet de violences de la part de son mari.

OBSERVATION XVI.

Annales de la Médecine Physiologique. Paris, 1827 (cité par Parry).

Nous soussignés Godefroy docteur en médecine et Evé-
rard docteur en chirurgie, rapportons qu'en vertu de la
réquisition verbale de M. le procureur du roi de l'arrondis-
sement de Saint-Omer, accompagnés de lui ainsi que de
M. l'officier de gendarmerie, nous sommes transportés au-
jourd'hui 3 avril 1827, à sept du matin, chez Lacroix, rue
du Damier, n° 52, pour y examiner le corps d'Aldegonde
Leleu, épouse de Ferdinand Boin, maçon, âgée de 32 ans,
morte hier à sept heures du matin et ayant été malade seu-
lement quelques heures, à l'effet de découvrir si la mort de
cette femme est ou non l'effet de quelques violences ou ten-
tative criminelle. Après avoir fait ouvrir le cercueil et placé
le corps sur des tables, nous avons procédé attentivement à
l'examen de toutes les parties extérieures sur lequel nous
n'avons pu trouver le moindre indice de violences exercées.
Cette femme était dans le 5^{me} mois de sa grossesse. Nous
avons procédé ensuite à l'ouverture du cadavre et nous
avons reconnu les choses suivantes : Tous les organes de la

tête et de la poitrine étaient en bon état. A l'incision de l'abdomen, il s'écoula environ deux litres de sang. Nous trouvâmes aussi tout le ventre plein de sang liquide et en partie caillé ; tous les viscères de cette cavité étaient dans l'état naturel hors la matrice. Nous trouvâmes une déchirure considérable d'au moins six pouces à un kyste contenant un fœtus de quatre mois et demi bien conformé dans toutes ses parties ainsi que dans ses annexes qui étaient intactes et nageant dans la liqueur amniotique. Ce kyste était placé d'avant en arrière sur la matrice et le fœtus la tête tournée en avant. Les parois du kyste n'avaient pas partout la même épaisseur ; à la partie supérieure où avait eu lieu la rupture, elles n'offraient que l'épaisseur d'une membrane tandis que vers les parties latérales et inférieures où était inséré le placenta elles avaient une épaisseur de deux lignes environ. Dans ces dernières parties elles étaient formées de deux membranes distinctes entre lesquelles se trouvait un tissu caverneux et diploïque. On trouvait dans l'épaisseur de ces parois quelques fibres rougeâtres, assez prononcées en quelques endroits et de nombreux vaisseaux.

Ce kyste était situé près de l'extrémité externe de la trompe droite, à un pouce de l'ovaire du même côté et il était évidemment formé par l'accroissement et le développement des membranes de cet organe. La face interne de ce kyste offrait beaucoup d'ouvertures contiguës à d'autres semblables que l'on voyait sur la face correspondante du placenta. L'ouverture de communication de la trompe avec la cavité de la matrice était complètement oblitérée et il nous a été impossible de faire pénétrer un stylet dans la portion de la trompe correspondant avec l'utérus. L'utérus

avait au moins cinq pouces de long, quatre de large et deux et demi d'épaisseur. Sa cavité était beaucoup augmentée et tapissée d'une concrétion semblable à l'épichorion. Nous avons cru au premier aspect que la matrice était bilobée mais la dissection des parties nous convainquit bientôt du contraire.

Nous concluons de cet examen que la mort de la femme n'est pas l'effet de quelque violence ou tentative criminelle, mais qu'elle est spontanée et l'effet immédiat et nécessaire de l'hémorrhagie provenant de la déchirure des vaisseaux du kyste renfermant le fœtus : hémorrhagie interne par laquelle cette femme a perdu tout son sang. Enfin, nous sommes fermement convaincus, non seulement d'après ces considérations mais parce que nous savons que les grossesses extra-utérines tubaires parviennent très rarement au terme de la grossesse utérine et que le plus souvent, elles sont à l'époque de quatre mois, et même avant, interrompues dans leur cours par la rupture hémorrhagique mortelle du kyste qui renferme le fœtus; nous sommes, dis-je, convaincus qu'il n'y a pas lieu à l'occasion de cette femme, à aucun soupçon de crime.

Dans ces cas, malgré l'absence de traces, il semble y avoir une relation étroite entre la mort de la femme et les coups qu'elle a reçus et la notion de coups a suffi pour ordonner l'instruction.

Le code dit en effet, article 303 du code criminel : Si les coups portés ou les blessures faites volontairement ont occasionné la mort, mais sans l'intention de la donner, le coupable sera puni, etc.

Mais l'autopsie démontre que la mort est due à la rupture d'une grossesse extra-utérine, on sait que cette rupture est très souvent mortelle par elle-même et qu'elle arrive dans la grande majorité des cas spontanément ou à l'occasion du moindre mouvement. Dans ces conditions doit-on imputer à un individu coupable de violences, habituellement sans conséquences sérieuses, la mort d'une femme chez qui suivant toute vraisemblance la rupture serait survenue spontanément?

La cour de cassation a jugé ce point de jurisprudence (12 juillet 1844). L'auteur des blessures, disait le procureur général Dupin dont la cour a admis les conclusions, est responsable de leurs conséquences et quel qu'ait été l'état de santé de la victime, il suffit qu'elle ait succombé par suite de la violence qui lui a été faite pour que sa mort devienne un élément nécessaire de culpabilité, car bien que dans ces cas les violences ne soient pas la seule cause de la mort et que la constitution physique du malade l'ait en partie déterminée, cependant elles ont été l'occasion, elles l'ont hâtée et leur conséquence doit peser sur leur auteur. »

Cependant cette jurisprudence n'est plus admise dans tous les pays et l'article 120 du code d'instruction criminelle d'Autriche dit : « Il faudra toujours rechercher la constitution particulière de la personne et la constitution particulière de la blessure. » (Hofmann, *loco citato*.)

Zmidgroski médecin légiste russe a été même presque affirmatif dans sa communication à la société de médecine légale française (Séance du 11 mai 1891) sur la non responsabilité :

« L'expertise médico légale en pareille circonstance, dit-il, est difficile, mais il me semble que le médecin légiste aurait raison de donner un avis négatif si la rupture s'est produite dans les quatre premiers mois de la gestation, car c'est justement l'époque du résultat fatal mais pour ainsi dire naturel de ses grossesses anormales. On doit toujours rechercher la cause principale d'une rupture du sac foetal extra-utérin, non dans le traumatisme accidentel, mais dans l'atrophie des fibres musculaires des parois de la trompe qui ne s'hypertrophient pas suffisamment et conformément au développement rapide de l'œuf foetal. »

RUPTURE PAR RECHERCHES MÉDICALES.

Il est une dernière catégorie de faits que nous indiquons simplement sans y insister davantage, la question étant une des plus délicates de la déontologie médicale.

On sait que le diagnostic de la grossesse extra-utérine est des plus difficiles et l'observation suivante montre bien à quelles recherches et à quelles discussions doit se livrer le chirurgien avant d'arriver à un résultat net et positif.

OBSERVATION XVII.

Gaillard Thomas. American Journal of medical Sciences.

Janvier 1879 (résumée).

Je trouvai chez cette malade tous les symptômes d'une grossesse normale mais cependant cette opinion fut arrê-

tée par deux symptômes : de fréquentes et irrégulières ménorrhagies et de violentes douleurs dans les reins et le bas-ventre et aussi une certaine difficulté de la défécation. En examinant la malade avec l'esprit débarrassé de toute idée préconçue, je diagnostiquai une grossesse abdominale, me basant sur ce que :

1° Il existait tous les signes d'une grossesse normale (seins, état gastrique, absence de menstrues);

2° L'utérus, quoique augmenté, était plus petit que celui d'une gestation utérine du même âge;

3° L'utérus était soulevé et poussé en avant par une tumeur molle et élastique ne présentant aucun des caractères d'un kyste de l'ovaire ou d'une hématocele.

Encouragé par tous ces signes, je pensai à pratiquer le sondage de l'utérus dont la vacuité ne me paraissait pas douteuse. Au dernier moment, un doute survint encore, et je conseillai simplement au docteur Olcott d'introduire une tente d'éponge dans le col. Par ce moyen ce médecin arriva à la conclusion que j'avais posée et je fus complètement assuré du diagnostic.

Comme cette tumeur était fixée et localisée dans le cul-de-sac de Douglas, comme il ne s'était plus reproduit aucune de ces douleurs spéciales, déchirantes et irrégulières qui s'étaient produites quatre mois auparavant et qu'on regarde ordinairement comme le signe et le résultat de la rupture de la grossesse tubaire, on décida de soumettre la femme à une observation attentive et de temporiser. Peu de temps après, cette malade rendit des os de fœtus par le rectum, le sac fœtal lui-même fut expulsé et elle guérit complètement.

A propos de ce même diagnostic et des recherches qu'il exige, Freund s'exprime ainsi :

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine a pris un grand développement et fait un grand progrès par l'exploration bi-manuelle. On peut ainsi palper l'utérus et les organes voisins, ovaires et extrémité utérine de la trompe et l'on peut ainsi constater si leur volume est augmenté.

Par le même moyen, on pourra constater la présence d'un sac de grossesse extra-utérine et déterminer son développement par un *examen répété*. Le siège de la grossesse est assez facile à déterminer au commencement, plus difficile à la fin, de même qu'il est difficile de reconnaître la tumeur au début et plus facile dans la suite. Dans le premier cas, nous sommes aidés par les signes subjectifs et objectifs de la grossesse et principalement par le rapide accroissement de la tumeur, accroissement qui atteint l'utérus mais beaucoup moins.

Dans le second cas, c'est *l'exploration soigneuse et souvent répétée sous le chloroforme* qui nous guidera.

Dans la majorité des cas nous pouvons ainsi examiner l'utérus et ses annexes, sans recourir à la sonde qui, comme on l'a fort bien montré, n'est pas sans danger. (*Edinburgh medical Journal*, 1883.)

Mais on sait que cette grossesse extra-utérine doit fatalement se rompre à un moment donné et que cette rupture peut être spontanée ou provoquée par un acte quelconque, et c'est ainsi qu'il est des cas où cette rupture est survenue du fait du médecin à l'occasion des manœuvres que nous venons de citer.

Nous poserons simplement la question de responsabilité du médecin en pareil cas, sans la résoudre, car elle a une portée beaucoup trop haute et dépasse notre compétence.

Ainsi que l'indiquent les deux observations suivantes, c'est parfois à propos du palper abdominal que se montrent les accidents de rupture.

OBSERVATION XVIII.

Zmidgrodski. — Annales d'hygiène publique et de médecine légale 1891, t. XXVI.

Femme de 31 ans, tertipare, n'a pas vu ses règles depuis deux mois. Subitement elle est prise de vives douleurs dans le bas-ventre, de courtes syncopes et d'hémorrhagies utérines qui disparaissent en peu de temps. On diagnostiqua une grossesse normale.

La malade souffrant de plus en plus il y eut une consultation de médecins renommés qui soupçonnant une grossesse extra-utérine résolurent d'endormir la malade pour constater la vacuité de l'utérus par l'exploration digitale et de râcler la surface interne de l'utérus pour se procurer un morceau de caduque : tout étant prêt pour la laparoto-

mie au cas où elle deviendrait nécessaire. La narcose par le chloroforme fut difficile et s'accompagna de vomissements réitérés.

Avant de procéder à une manipulation quelconque, dit le chirurgien, j'examinai encore une fois la malade. La tumeur était diminuée de plus de moitié, ce qui indiquait qu'elle s'était rompue. Quoique ce phénomène confirmât notre diagnostic avec certaine probabilité, on procéda néanmoins au râclage de la matrice.

Au bout d'un quart d'heure on constata un changement brusque du pouls radial qui devint presque imperceptible. On dut cesser le chloroforme, renoncer à l'opération et remettre la malade au lit.

Le diagnostic étant positivement établi par l'examen microscopique de la caduque retirée par la curette il paraissait nécessaire de procéder immédiatement à une laparotomie afin de trouver l'origine de l'hémorrhagie interne: on ne la fit par parce que la syncope était trop prononcée. La malade mourut le lendemain matin.

OBSERVATION XIX.

*Schræder. — Centralblatt für Gynækologie, 1885, cas I.
(Résumée).*

Femme n'ayant pas vu ses règles depuis trois mois. Par le toucher on trouve un utérus mou et augmenté de vo-

lume, analogue à un utérus gravide de trois mois. Cet utérus était repoussé en avant, derrière la symphise par une tumeur située en arrière de lui. Cette tumeur paraissait avoir les caractères d'une grossesse extra-utérine de trois mois.

Après plusieurs explorations répétées dans le but de démonstrations cliniques, il se montra des symptômes de rupture d'une intensité telle qu'on dut faire la laparotomie dans l'après-midi. La cavité péritonéale était remplie de sang. Le fœtus et le placenta furent retrouvés dans la cavité de Douglas.

Les annexes du côté droit se montrèrent comme le siège de l'œuf et furent extirpées. La malade guérit.

Duer (*American Journal of Obstetric*. 1879) signale également un cas où la rupture s'est produite à la suite des manipulations de trois médecins répétées pendant plusieurs jours.

Dans les cas où l'on croit une femme enceinte et que l'on suspecte une grossesse extra-utérine, pour donner aux signes fournis par le toucher une plus grande valeur, on a voulu s'assurer de la vacuité de l'utérus. Mais si l'introduction d'une sonde dans cette cavité est en général sans danger, il n'en est pas de même des manipulations qui l'accompagnent. Il faut fixer le col de l'utérus et parfois l'abaisser: ces tiraillements communiqués au sac fœtal sont alors bien capables d'en amener la rupture et le fait est bien démontré par les observations reproduites ci-dessous.

OBSERVATION XX.

Williams. — American Journal of Obstetric. 1879.
(Résumée.)

Femme ayant eu ses dernière règles le 28 mai. Elle se marie peu après. Quelque temps après son mariage elle éprouve deux des principaux symptômes de la grossesse (faiblesses et vomissements du matin) qui vont augmentant et qui, vers les trois ou quatre dernières semaines, s'accompagnent de douleurs dans la région hypogastrique. Le docteur Williams est appelé le 18 septembre à cause de métrorrhagies survenues en apparence spontanément. L'examen de la malade le conduit à croire à une grossesse extra-utérine et il demande le docteur Munde en consultation. Après un examen en commun et discussion des probabilités, le diagnostic s'arrête entre une grossesse extra-utérine et un utérus bicorne, mais le diagnostic penche plutôt vers le premier cas : la malade ayant eu déjà une première grossesse normale. Le cas d'une grossesse normale étant totalement écarté, enfin de rendre le diagnostic certain on risque l'introduction de la sonde uté-

rine, bien disposé à la retirer au moindre obstacle. La sonde entre par son propre poids dans la matrice et se dirige à droite à une profondeur de trois pouces : on la sent à travers les parois de l'abdomen. On répète l'opération et les deux médecins constatent que la cavité utérine est entièrement libre, la sonde pénètre d'un quart de pouce plus à droite qu'à gauche. Aucune douleur n'accompagna ni ne suivit le sondage.

La diagnostic d'une grossesse extra-utérine, probablement tubaire étant assuré, on décida de pratiquer l'aspiration du contenu du sac par le vagin pour arrêter la gestation. On remit l'opération au lendemain matin et la malade fut soumise à la morphine. Le lendemain matin survint une douleur aiguë accompagnée d'hémorrhagie et vers neuf heures quand on revit la malade on constata qu'elle avait expulsé un fœtus de trois mois environ. La tumeur située à gauche avait disparu et un léger empiètement persistait seul : l'utérus s'était remis en place. Environ une demi-heure après, M. Williams enleva le placenta avec la main mais il ne put vérifier le lieu de son implantation à cause de la sensibilité de la malade qui du reste se rétablit complètement.

OBSERVATION XXI.

Braun-Ferwald. — Wiener medizinische Wochenschrift.
1874.

Une malade entre dans le service le 21 novembre 1871,

on la soupçonne d'être atteinte d'une grossesse extra-utérine et pour rendre le diagnostic plus certain Braun-Ferwald pratique le cathétérisme de l'utérus.

Le 22 novembre il sonde l'utérus pour démontrer sa vacuité. La sonde entra de 4 pouces se dirigeant à gauche. Par un léger mouvement elle fut ramenée à droite vers la tumeur observée et elle pénétra alors de 9 pouces, de sorte qu'on la sentait vers l'ombilic à travers les parois du ventre.

Ce résultat rendait douteux le diagnostic de grossesse extra-utérine. En effet, en admettant qu'il y ait eu erreur sur la nature de la tumeur située à gauche, la sonde pouvait avoir pénétré dans un utérus gravide ou dans la cavité distendue d'un utérus bicorne; ou bien encore il pouvait exister en même temps une grossesse extra-utérine et une grossesse normale. On devait se rendre un compte exact de la direction suivie par la sonde car on avait fort bien pu sonder la trompe ou perforer l'utérus.

Pour ce qui est du cathétérisme de la trompe, bien que Duncan Weilt et Hildebrand en aient publié des exemples, on peut à peine y croire d'après les autopsies.

Je partage bien plus l'opinion de Hoenig qui croit qu'il s'est agi dans ces cas de perforation de l'utérus.

L'utérus puerpéral et l'utérus dans le cas de grossesse extra-utérine se laissent perforer avec la plus grande facilité. J'ai essayé bien des fois de sonder l'utérus de jeunes accouchées mortes. La sonde se dirige toujours vers une ouverture tubaire et la moindre pression fait perforer l'utérus. Hoenig rapporte un cas semblable de perforation de l'utérus et un autre cas de Schroeder qui perfora l'utérus quatre semaines après l'accouchement. Halt communique

deux observations où sa sonde est entrée d'une manière démesurée et a dû perforer l'utérus. Quelques mois après l'accouchement, l'utérus est encore mou et se perfore facilement (Mashka).

Dans le cas de Braun-Ferwald il s'était agi d'une perforation de l'utérus. On pratiqua la laparotomie, mais la malade mourut le lendemain et à l'autopsie on retrouva la perforation de l'utérus.

Dans le même ordre d'idée que le cathétérisme utérin est le grattage de la muqueuse. On a voulu ainsi constater s'il y avait formation de caduque dans la matrice, ce qui est un signe certain de grossesse, comme on est obligé de faire les mêmes manœuvres que plus haut, et on peut ainsi arriver aux mêmes accidents ainsi que le prouvent les deux exemples suivants :

OBSERVATION XXII.

Smolzki. — Dissert. inaug. Saint-Petersbourg, 1890. —
Analysée dans Jahresbericht für Geburtshülfe und Gynæ-
kologie, 1891.

Curetage pour faire le diagnostic. Immédiatement la malade tomba dans le collapsus et mourut dix-huit heures après sans qu'on ait rien tenté pour lui porter secours.

OBSERVATION XXIII

Axtlett. — New-York medical Journal, 1891.

(Résumée.)

Grossesse extra-utérine et curetage suivi d'avortement.

Grossesse extra-utérine et curetage suivi d'avortement.

Chez une femme de 36 ans, ayant eu quatre enfants l'utérus était un peu augmenté de volume et elle perdait abondamment; le traitement médical n'ayant rien fait et croyant à une métrite fongueuse je pratiquai le curetage.

L'utérus était libre dans tous les sens. Dans de nombreux endroits la curette ramena une quantité de débris de membranes : en même temps l'écoulement de sang fut très abondant. Après l'opération, la malade se trouva très bien, mais à six heures du soir elle ressentit de violentes douleurs et quand j'arrivai, je trouvai dans le *pot de chambre* (*sic*) un enfant bien développé long de six pouces. Comme la femme souffrait encore, j'introduisis la main et je trouvai un placenta sur lequel l'utérus était contracté.

Le fœtus avait au moins quatre mois et provenait à mon

avis d'une grossesse tubaire. L'indication dans ce cas eut été l'électricité ou la laparotomie.

Il faut donc que ces manœuvres soient extraordinairement prudentes dès que l'on soupçonne une grossesse tubaire et seulement faites par une main exercée à ces sortes de choses.

Néanmoins, il nous semble que les accidents survenus dans les conditions que nous venons de rapporter ne sauraient être imputables à une *faute lourde* de la part du médecin. Par conséquent, à notre humble avis, celui-ci paraît être dégagé des responsabilités comprises dans le code français.

CONCLUSIONS

I. — Les conditions dans lesquelles survient la rupture de la grossesse extra-utérine, les symptômes qu'elle présente, la mort rapide qui la suit, font penser parfois à un empoisonnement et donnent lieu à une enquête médico-légale qui révèle la véritable nature des accidents.

II. — Etant données les douleurs qui accompagnent la rupture, les hémorrhagies utérines et l'expulsion d'une caduque, l'idée d'un avortement provoqué devient bien probable surtout si la femme est dans une position sociale irrégulière et la mort qui survient est alors rapportée à des accidents de péritonite consécutifs à des manœuvres abortives.

Cependant rien n'empêche qu'une femme qui se sait enceinte, mais ignore les conditions anormales de sa grossesse, ne cherche à se débarrasser du produit de conception et dans ce cas des manœuvres criminelles peuvent amener la rupture.

III. — La rupture d'une grossesse extra-utérine ignorée peut avoir lieu à la suite de coups et blessures et à la mort

de la malade, la justice recherche quelle est la part des violences dans la pathogénie des accidents observés.

IV. — La rupture peut survenir à la suite d'un examen médical. Il ne nous semble pas que dans ces cas la responsabilité du médecin soit en jeu.

VU :

Le Président,

PINARD.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur

de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- ALBU. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1875.
- AXTLETT. — New-York Medical Journal, sept., 1891.
- BERNUTZ. — Revue de thérapeutique médico chirurgicale, 1886.
- BRAUN-FERNWALD. — Wiener Medizinische Wochenschrift, 1874.
- BRIAND ET CHAUDÉ. — Traité de médecine légale.
- BOUTON. — Transact. obstet. Society. London, 1880.
- CHAYÉ. — Thèse de Paris, 1882.
- COUTAGNE. — Ruptures utérines pendant la grossesse et de leurs rapports avec l'avortement criminel. Paris, 1882.
- DUER. — American Journal of Obstetric, 1879.
- FRANKEL. — Berliner Klinische Wochenschrift, 1889.
- FREUND. — Edinburgh medical Journal, 1883, vol. 29.
- GAILLARD-THOMAS. — New-Yorck medical Journal, 1884.
- GAILLARD-THOMAS. — American Journal of medical sciences, 1879.
- GODEFROY ET EVERARD. — Annales de la médecine physiologique, 1827.
- GRAY. — The Lancet, 1879, vol. 1.
- GRISWOLD. — American Journal of Obstetric, 1888.

HOFMANN. — Nouveaux éléments de médecine légale, Paris, 1881.

MACCABRUNI. — Annali universali di medicina e chirurgia, 1883.

LOWE. — British medical Journal, 1878.

MARC. — Dictionnaire des sciences médicales (art. grossesse), 1817.

MASHLIA. Wiener Medizinische Wochenschrift, 1885.

MAYGRIER. — Thèse d'agrégation. Paris, 1886.

PALTAUF. — Arch. für Gynœkologie, 1887, tome 30.

PARRY. — Extra-utérine pregnancy. London, 1876.

PAYAN. — Gazette médicale de Paris, 1847, tome 2.

PINARD. Diction. des sciences médicales (Dechambre) art. Grossesse extra-utérine.

PENARD. — Observations de médecine légale. Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1872.

POLAILLON. — Archives de tocologie, 1875.

SCHRÖDER. — Centralblatt für Gynœkologie, 1885.

TARDIEU. — Art. empoisonnements du Diction. des sciences médicales (Jaccoud).

WILLIAMS. — American Journal of Obstetric, 1879.

WILSON. — Edinburgh medical Journal. Vol. 24, 1880.

ZMIDGROSKI. — Annales d'hygiène publique et de médecine légale, tome 26, 1891.

